

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

No

357

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LAURIOL

Né le 3 mai 1912, à Vals-les-Bains (Ardèche)
Médecin colonial
de l'Université de Paris

Quelques remarques

sur les

Maladies mentales aux Colonies

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis LAURIOL

Né le 3 mai 1912, à Vals-les-Bains (Ardèche)
Médecin colonial
de l'Université de Paris

Quelques remarques

sur les

Maladies mentales aux Colonies

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1938

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		OUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
VALLERY-RADOT		VELTER.	
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'hygiène et de médecine préventive
Professeur de Clinique coloniale
Conseiller Technique au Ministère de la Santé Publique
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556019_0029

Quelques remarques sur les Maladies mentales aux Colonies

Les maladies mentales aux colonies posent une foule de questions importantes, tant au point de vue psychiatrique pur qu'au point de vue de l'assistance aux psychopathes. A chaque pas, on aborde des problèmes touchant à une quantité de facteurs intéressants, mais encore mal connus. Nous n'avons pas trouvé de travail d'ensemble sur ce sujet ; et, il nous a paru qu'il y avait un certain intérêt à faire entrer dans un cadre les divers travaux des auteurs. Il faut d'ailleurs rendre un hommage particulier au regretté professeur Régis (de Bordeaux), qui en France a été le principal promoteur de la psychiatrie coloniale, et aux médecins militaires coloniaux qui ont fait progresser la question. Cependant, comme nous le verrons à propos de l'assistance psychiatrique, les psychiatres sont rares encore à l'heure actuelle, et c'est là un point important pour la véracité des statistiques. De plus, les différences nosographiques arrêtent à chaque pas, et font mieux sentir le besoin dans les colonies d'une organisation plus poussée, dirigée par des spécialistes seuls et qui est d'ailleurs en voie de réalisation. Nous étudierons les principaux troubles

mentaux aux colonies, les divers facteurs qui y jouent plus particulièrement, les psychoses de l'Européen, puis de l'indigène et enfin les différentes questions de l'assistance psychiatrique.

Le point de vue psychiatrique ⁽¹⁾.

Le Professeur Régis classait ainsi les maladies mentales :

I. — Etats psychopathiques primitifs.

A) Psychopathies maladies ou né- vroses.....	} généralisées	{	folie maniaque dépressive
			confusion mentale
		{	démence précoce { catatonique
			{ hébéphrénique
	} essentielles	{	{ paranoïde
			psychose systématisée
		{	psychose essentielle progressive
			{ délire hypochondriaque
		{	— de persécution
			— religieux
		{	— ambitieux

B) Psychopathies infirmités	} d'évolution (dégénérescences)	{	dégénérés supérieurs désharmoniques, origi- naux, excentriques
			— moyens avec ou sans psychose
		{	— inférieurs, idiots, imbéciles, crétins

II. — Psychopathies symptomatiques ou associées aux intoxications, aux infections.

La classification de Régis est intéressante à plusieurs titres car après Magnan et Krœpelin, au lieu

(1) Nous nous inspirons en partie d'une étude d'Aubin « Conceptions nosographiques actuelles en Psychiâtrie ».

de tenir compte d'un facteur spécial clinique (Esquirol), psychologique (Hammon), anatomique (Luys), pathologique (Morrel) elle a tenu compte de tous et les a englobés dans une synthèse. De plus elle a été longtemps à la base de la plupart des statistiques coloniales, notamment dans l'armée et on doit en tenir compte. Aubin parlant de la classification de Régis, fait table rase des états psychopathiques essentiels, des « vésanies » qui existant en elles-mêmes n'étaient rattachées à aucune cause. Il faut remarquer encore, qu'au moins jusqu'à ces dernières années, la nosographie en psychiatrie coloniale était assez variable et qu'il est difficile à ce point de vue de tirer des conclusions définitives sur l'importance et la fréquence de tel ou tel syndrome dans une race donnée.

La folie maniaque dépressive.

Elle demeure une entité clinique indiscutable. « C'est une modalité de réaction du système nerveux dont on essaye d'élucider la pathogénie » et dont la clinique permet de reconnaître l'origine dans un assez grand nombre de cas : épilepsie, alcoolisme, cérébro-sclérose, P. G. Formée par une succession d'accès maniaques et dépressifs, elle présente plusieurs modalités, au moins théoriques. D'ailleurs, la manie ou la mélancolie peuvent prédominer mais nous la retrouvons dans toutes les races. Chaque race a un fond mental particulier qui lui est propre et donne la couleur de ses réactions psychopathiques. De là évidem-

ment le besoin pour le psychiâtre de connaître la mentalité de l'indigène qu'il étudie pour ne pas minimiser ou exagérer telle ou telle expression de ce dernier. On a cité le cas de ce médecin de la capitale qui voyant à chaque visite un Annamite s'incliner devant lui pour les salutations rituelles le fit interner pour « idées de culpabilité, d'humilité, d'indignité ».

Par exemple, à propos de ces accès maniaques aux Indes, Aubin fait justement remarquer que tels gestes (tirer la blouse du médecin blanc...) qui en France seraient anodins, sont considérés comme des réactions violentes, surtout chez les femmes très réservées. Si la lypémanie existe aux Indes, Aubin la signale comme moins fréquente, surtout, et c'est là un point à noter dans tous les pays, parce que l'indigène gardera plus facilement chez lui un mélancolique, qu'un maniaque encombrant ou dangereux. Bonnaud fait de la psychose maniaco-dépressive, un des trois syndromes (avec l'hébéphrénie et le délire chronique) qui prédominent dans les troupes indigènes. Mais elle varie suivant les races. Le Sénégalais présente un tableau maniaque (euphorie, familiarités, tics...) exagéré d'ailleurs lorsqu'on le transporte en France où il se forme de véritables « complexes » (vie de caserne, isolement...) Le Malgache, qui fournit lui aussi un important contingent d'aliénés, est surtout mélancolique.

Ceci est aussi noté, avec souvent des réactions anti-sociales (suicides, homicides) par Huot qui relève à l'asile d'Anjanamasina, 48 circulaires sur 234 ma-

lades et insiste sur le côté dépressif de leurs réactions. Franco da Rocha en 1911, à l'Hôpital de Juquery (Brésil) constate que la « folie périodique » est une psychose très courante chez les noirs et trouve 41 femmes et 38 hommes sur un total de 285 malades, présentant d'ailleurs tous les degrés de la folie maniaco-dépressive de Kraepelin. Nous la retrouvons chez les Arabes, mais là sous la forme maniaque presque pure, à tel point que la mélancolie avec stupeur serait l'indice d'une acuité délirante poussée à l'extrême, soit confusion mentale (Meilhon) ; et que la lypémanie chronique doit faire penser à la pellagre (Warnock). Le Kabyle lui est plus volontiers porté vers les accès dépressifs (Costedoat, Meilhon). Dans l'ensemble d'ailleurs, tous les auteurs signalent l'importance des « psychoses affectives » chez les indigènes.

La confusion mentale.

Véritable « enrayage » psychique, la confusion mentale est le type même de la réaction toxi-infectieuse. Nous la retrouverons à chaque pas à propos des maladies infectieuses et l'étudierons avec elles. Il faut seulement insister sur sa grande importance aux colonies, puisque ses causes y sont là, si fréquentes. C'est une notion sur laquelle est revenu sans cesse Régis. Pour lui, c'est « un état d'engourdissement toxique de l'activité intellectuelle supérieure avec domination plus ou moins complète de l'activité onirique sous consciente ou inconsciente ». Confusion

et onirisme sont des syndromes et non des maladies ou des psychoses individualisées. On les rapproche parce que souvent ni la confusion ni l'onirisme ne sont simples mais bien au contraire, superposés.

La démence précoce.

C'est peut-être un des chapitres de la psychiatrie qui a été remanié le plus. Cependant, sans tenir compte des différences nosologiques, on s'aperçoit que de tous temps et dans tous les pays, la D. P. a été diagnostiquée sous l'une quelconque de ses formes.

« Il est difficile de faire le point, constate Aubin ; d'une manière générale, on tend à distinguer d'une part les formes incurables à évolution démentielle rapide, comportant d'emblée un affaiblissement intellectuel notable et où l'on retrouve les signes de l'hébéphrénie et de la catatonie. D'autre part, des formes peu ou point évolutives avec conservation d'une constitution morbide dite « schizoïde » (Kretschmer) caractérisée par une exagération de la vie intérieure, de la rêverie (autisme) avec perte du contact avec le réel (Bleuler), avec disparition de l'activité pragmatique, indifférence ou dégoût de la vie courante, concrète, pratique et refuge ou « fuite dans la maladie ». Ce sont surtout ces formes que l'on englobe en France, sous le nom « schizophrénie ». Elle peut revêtir d'ailleurs des formes multiples. Une surtout à notre avis est intéressante. C'est l'affaiblis-

sement intellectuel post-pubéral (idiotie acquise d'Esquirrol et Morel) et cela parce que tous les auteurs ont noté chez un grand nombre d'enfants indigènes un arrêt intellectuel véritable, « presque physiologique » surtout net, comparé à leur extraordinaire compréhension du début.

La forme catatonique est courante chez l'indigène, non seulement catatonie motrice pure (catalepsie, attitudes stéréotypées) mais encore une véritable « catatonie psychique » (négativisme, suggestibilité). Cette D. P., nous la voyons aux Indes (Aubin), Java (Kraejelin), Sénégal (surtout forme hébéphrénique : Bonnaud), au Brésil chez les noirs (Franco da Rocha). A l'asile d'Anjanamasina (Madagascar), Huot sur 234 malades, diagnostique 65 cas dont 51 hommes et 14 femmes, de D. P. soit hébéphréno-catatonique (type Morel-Kraejelin), chez l'indigène fruste, soit schizophrénique chez les sujets ayant un certain bagage d'instruction, chez les fonctionnaires.

En général, quand la démence précoce débute à l'adolescence elle est particulièrement riche en signes moteurs et c'est la forme la plus classique, la première observée et diagnostiquée. Plus tard, c'est aux éléments idéiques que revient la prédominance (formes paranoïdes) et l'on a tous les degrés intermédiaires entre la démence précoce et la psychose hallucinatoire chronique.

Les délires systématisés.

Ce groupe important très revisé depuis Régis, pose comme nous le verrons à propos des maladies mentales chez les indigènes, des problèmes intéressants, surtout dans ses rapports avec la mentalité primitive.

Avec Sérieux et Capgras on distingue :

— Le *délire de revendication* : avec caractère paranoïaque à la base. Nous en avons de nombreux exemples chez l'indigène, surtout chez l'indigène évolué. Le noir d'Afrique est volontiers revendiquant ;

— Le *délire d'interprétation* : ne comportant pas obligatoirement le caractère paranoïaque. Dans la forme dite « hyposthénique » ou délire de supposition on a une constitution sensitive, avec douceur, timidité, tendances dépressives, scrupules (Kretschmer). Nous avons trouvé peu de cas de ce groupe bien défini dans la littérature. Franco da Rocha remarque que ce délire systématisé d'interprétation « véritable paranoïa » est très rare. D'ailleurs pour le psychiatre colonial, la tâche est rude pour faire un diagnostic exact, avant de bien connaître la mentalité indigène variant avec chaque pays, et obligé de s'en remettre en général à un interprète pour l'interrogatoire ;

— La *psychose hallucinatoire chronique* : bien des auteurs englobent dans le même cadre démence précoce (paranoïde surtout) et psychose hallucinatoire chronique. « Nous n'avons trouvé qu'un seul cas de

psychose hallucinatoire chronique (et avec délire réduit) et nous nous demandons si le psychisme primitif ne rajeunissait pas en quelque sorte cette psychose de façon à donner des formes qui se rapprochent de la démence précoce, même chez des individus relativement âgés » (Aubin). Cette remarque est intéressante, car, si l'on admet avec de Clérambault que « la systématisation est l'œuvre de ce qui reste de sain dans le psychisme, que c'est un effort de logique pour expliquer les troubles que le sujet ressent », il n'est pas étonnant que ce besoin de coordination, de systématisation logique n'existe pas chez le primitif, auquel suffisent des explications mystiques, des influences secrètes ou mystérieuses qui l'entourent depuis qu'il peut penser et qui fournissent des explications suffisantes à son esprit. En effet, dans l'ensemble, la systématisation est peu poussée chez l'indigène dans son délire, et les cadres bien établis sont rares dans les statistiques.

Ces remarques bien incomplètes sur quelques formes de maladies mentales permettent cependant de voir qu'aux colonies nous retrouvons les mêmes que chez nous.

De tout temps on a d'ailleurs signalé ce fait et on peut le vérifier à chaque instant. Partout nous voyons différentes formes de démence, des névroses (épilepsie, hystérie), des débiles... « On a reconnu le presque cosmopolitisme de toutes les maladies, ou du moins leur acclimatement facile, dès que concou-

rent, en n'importe quelle région de la terre, certaines conditions nécessaires à leur développement. Il n'existe pas de maladies mentales climatiques » (Moreina). Toutes les psychoses et toutes les constitutions se retrouvent chez l'indigène ; c'est là une notion admise par la presque totalité des auteurs. L'expression varie parfois, dépendant du fonds mental, mais on peut appliquer à toutes les races ce que dit Costedoat à propos des indigènes nords-africains : « Si curieux que soient ces détails symptomatiques, ils ne changent rien à l'ensemble des psychoses. Les différences entre celles des indigènes musulmans et celles des européens occidentaux sont tout extérieures. Il n'y a pas de maladies mentales nouvelles à observer ».

A ce propos, nous voulons insister sur un point : la *paralysie générale chez l'indigène*. C'est une question qui a fait couler beaucoup d'encre, sur laquelle on a beaucoup discuté et on discute encore beaucoup. A juste titre d'ailleurs, car c'est un point intéressant à plusieurs titres : thérapeutique, psychiatrique, philosophique même.

Pour certains auteurs, la syphilis n'est pas seule à jouer un rôle dans la production de la maladie de Bayle. « Quelle que soit la valeur de la syphilis comme cause de la P. G., dit Moreina, nous croyons qu'elle n'est pas la seule. Il paraît bien démontré que les toxiques les plus divers peuvent donner origine, chez des prédisposés, à la méningo-encéphalite diffuse. »

Sans vouloir aborder la question, très controversée

aussi, des affinités de la syphilis et du pian, nous avons trouvé peu d'exemples d'un pian quaternaire au moins bien démontré, dans la littérature, et aboutissant à des phénomènes nerveux et notamment à la paralysie générale. Cependant Harper, dans ses travaux sur les Iles Fidji, attribue la P. G. au pian qui y est fréquent, alors que la spécificité y serait presque inconnue. Praham et Armstrông formulent des conclusions analogues à Samoa (1926). Même en ne considérant la P. G., que dans ses rapports avec la syphilis, on est frappé par les divergences des auteurs, encore à l'heure actuelle tant au point de vue de sa fréquence que des facteurs qui l'accompagnent. Il y a quelques années on l'a nié ou on en faisait une rareté. Munós et Gustave Lopez à Cuba, Niven à Bombay, Plaxton à Ceylan, Manning à New-South-Wales, Sandwith et Peterson au Caire, Meilhon en Algérie, Goltzinger en Abyssinie, Ostrowsky en Perse, Friedrichen à Zanzibar, Gillmore Ellis à Singapour, Bauer, Kok Ankersmit et Van Brero dans les Indes Néerlandaises, Law, Grieve et Barnes dans la Guyane Anglaise, ont affirmé la rareté de la P. G. dans les pays chauds.

Tous les auteurs sont d'ailleurs frappés par la fréquence de la syphilis chez l'indigène et la rareté précisément de la P. G., Meilhon signale ici chez les arabes (la syphilis est souvent appelée mal kabyle) et Overleck Wright aux Indes. Goltzinger, qui en 1896 est resté plusieurs mois en Abyssinie au cours de la guerre italo-éthiopienne est étonné par cette dis-

proportion devant le nombre effrayant des spécifiques (80 %). Franco da Rocha, de même en 1911, au Brésil note que la démence paralytique est très rare chez le noir et il ajoute : « Krafft-Ebing dirait qu'il y a chez eux la syphilisation, mais il manque de la civilisation ». Nous touchons là à un point important et sur lequel on s'est beaucoup étendu.

La phrase de Krafft-Ebing, « civilisation égale syphilisation, » est restée célèbre. Cette notion a fort joué Jeanselme et Rist (1909) y insistent longuement. Pour eux la P. G. est inconnue chez les peuplades vivant à l'état pur, à l'état primitif comme les Nègres et les Polynésiens. Parmi les races arrivées à un haut degré de développement telles que les Chinois, les Annamites, les Cambodgiens, les Laotiens, les Siamois, les Birmans et les Indous, les Malais, etc., elle existe déjà plus fréquemment. L'immunité ethnique ne joue pas, telle ou telle race placée dans certaines conditions la subira tôt ou tard. Cela est si vrai, que des recherches faites en ce sens sur des nègres, des métis transplantés en pays civilisés (Berkley à Baltimore, Wilmer aux Etats-Unis) prouvent sa réalité.

Les conceptions ont peu à peu évolué. On signale des cas de plus en plus nombreux. Pour plusieurs raisons d'ailleurs. En effet, l'organisation psychiatrique a sa part dans cela. Les dispositions mêmes des centres où l'on peut suivre commodément un malade, mieux le connaître, permettent de poser un diagnostic plus sûrement étayé, aidé par les recherches de laboratoire. Il en est de même pour toutes les maladies

mentales aux colonies. De plus les médecins spécialisés restent plus longtemps dans telle ou telle région et s'assimilent mieux la mentalité indigène. Cela a son importance. Aubin cite certaines phrases relevées chez les malades dans les hôpitaux aux Indes (Je ferai construire un joli palais en perles, je ferai paver d'or les rues et creuser trois cents étangs) et remarque à juste titre, que non averti on pourrait les prendre pour les conceptions mégalomaniaques d'un P. G., alors qu'elles s'apparentent singulièrement à la mythologie indienne, qu'elles ne sont que le reflet de la littérature de cette « terre légendaire des fakirs et des yogis », pays par excellence du merveilleux. Pour lui, cependant, cette affection est relativement rare aux Indes, mais les raisons sont loin d'en être bien connues, et il ajoute : « L'observation montre que la fréquence des formes nerveuses et viscérales de la syphilis chez un peuple donné est en raison inverse de la fréquence des formes cutanées. S'agit-il de virus à tropisme différent ? ou bien comme l'a défendu Sézary, l'atteinte des viscères et du système nerveux n'est-elle due qu'à une déficience de la barrière cutanéomuqueuse ? barrière solide chez les sujets neufs, défailante dans les familles et les peuples tarés héréditairement par la syphilis ».

Les cas paraissent cependant augmenter un peu partout et il semble bien qu'il faille faire jouer un rôle à la donnée « Civilisation » en temps que facteur de surmenage, de vie plus compliquée, d'anxiété devant des faits nouveaux assimilés difficilement. La

mentalité d'un peuple peut changer peu à peu avec l'apport de faits inconnus.

Dorolle en Cochinchine, dans le centre spécialisé de Cho-quan (1936) sur l'espace d'un semestre a observé 171 malades mentaux. Il a trouvé 8 P. G. dont 2 tabéïformes, 2 démences par syphilis cérébrale diffuse, 2 psychoses syphilitiques. Et encore il ne s'agit là que de sujets agités ou anti sociaux, les autres ne sont pas placés à l'asile mais gardés en général dans leur famille. Soum à la même époque publie plusieurs observations identiques. Les sujets sont presque tous atteints d'infection palustre et les déboires de la malariathérapie ne se comptent plus. Relevons à ce sujet, qu'au moment de la découverte de la malariathérapie, on a voulu faire jouer une sorte de thérapeutique préventive au paludisme chez les indigènes, où il existe presque partout à l'état endémique, mais cette notion n'a pas été admise. Toujours en Cochinchine, Montel, Motais, Tung ont publié tout récemment (1937) des cas caractérisés de P. G. chez l'indigène, mais pour eux, le surmenage intellectuel n'aurait pas d'importance et c'est le dépistage méthodique qui interviendrait surtout. Augagneur et Nguyen-Van-Hoai, à propos d'un cas d'othématome chez un P. G., insistent aussi sur le nombre croissant des cas de cette affection. Pour le Japon, le pourcentage des tabéïques et des P. G. est à peu près le même qu'en Europe ; pour la Chine, ne seraient frappés que les Chinois navigants ou expatriés (Gauducheau). Marchand diagnostique des cas de

P. G. en 1933, à l'hôpital de la Formula à Kisanta (Bas-Congo). « A. Drumont, dit-il, dans un remarquable rapport sur la syphilis locale indigène, s'étonne que nous ayons rencontré des cas authentiques de P. G., alors que dans la même région, il n'en a pas un. Le fait s'explique par le mode de recrutement des malades, tout à fait différent quand un hôpital possède un service médical de brousse ; cela lui permet de recueillir d'anciens malades extraits de leur village natal, alors que le médecin de l'hôpital d'une compagnie industrielle, comme d'ailleurs celui d'un grand centre européen, a surtout à traiter les ouvriers et les habitants de villages de travailleurs ».

En résumé, on doit conclure avec Thiroux que : « la syphilis nerveuse existe actuellement chez l'indigène et que l'on observera des cas d'autant plus nombreux de tabès, de paralysie spasmodique et de paralysie générale, qu'on les recherchera ».

II

Quelques facteurs coloniaux dans les maladies mentales.

Les indigènes de toutes races attribuent à l'aliénation une origine divine, donnée qui s'accorde avec la « mentalité primitive ». Mais la psychiatrie s'est depuis longtemps occupée de rechercher les causes diverses qui interviennent dans l'aliénation mentale. Cela était naturel, d'abord au point de vue de la société, étant donné qu'on peut considérer beaucoup d'aliénés comme n'existant que par rapport à une société organisée, ce qui n'a pas lieu chez des races primitives. Le vieux mot d'« aliéné » indique admirablement ce point de vue. De plus, on considère actuellement et avec raison l'aliénation mentale comme s'intégrant à la pathologie générale, et il était naturel de s'attacher à lui trouver une étiologie, une pathogénie. Diverses écoles cependant sont en présence et on peut distinguer deux tendances principales.

Les uns basent l'étiologie des maladies mentales sur des *théories psychologiques* presque pures. Freud a

fourni avec sa doctrine un gros apport. Le trouble mental est essentiellement fonctionnel. Le sujet naît avec une constitution innée portant le germe de sa personnalité, de ses tendances bonnes ou mauvaises. L'hérédité aide puissamment à former ces complexes, qui seront développés ou combattus peu à peu par l'éducation familiale, par le milieu qui recevra le sujet, par la vie qu'il sera appelé à mener et qui répondra plus ou moins à ses désirs et à ses aspirations.

La psychose déclarée n'est qu'une efflorescence du germe inné inclus dans sa constitution. Mais précisément, on nous dit mal ce qui la fait éclore. Les chocs moraux ou affectifs ne semblent pas être une explication suffisante.

A l'opposé de ces théories psychogénétiques, nous avons l'école qu'on peut appeler *organiciste*. Elle tend à intégrer la pathologie mentale à la pathologie générale. De multiples facteurs de toutes sortes s'unissent pour créer les troubles mentaux, qui ont souvent un substratum organique indubitable : auto ou exo-intoxications, maladies infectieuses, etc. Dans tous les états infectieux, on retrouve une forme classique à peu près identique, la confusion mentale à ses divers degrés. soit sous sa forme simple de stupeur confuse, soit avec appoint de délire plus ou moins actif. C'est là une notion sur laquelle revient sans cesse Régis.

Cependant, il semble qu'on peut être éclectique. Régis ne nie pas l'importance des facteurs constitutionnels et conseille de s'appuyer en partie sur eux

pour étayer un pronostic. Mais dans ce qu'il appelle le « syndrome toxi-infectieux », dont la confusion mentale est le type, et qui n'existe en général qu'autant que dure la cause, on peut ne pas faire appel à une constitution établie et une hérédité plus ou moins chargée n'est évidemment pas nécessaire.

Quoi qu'il en soit, il est bien certain que toutes les causes extérieures peuvent, dans des conditions particulières, jouer pour déclencher ou faire naître tel ou tel trouble mental. Aux Colonies, comme nous le verrons pour le blanc ou l'indigène, ces facteurs sont innombrables : climat, isolement, famine, maladies de carence, infections de toutes sortes, stupéfiants, etc., on ne peut les étudier tous. Nous les citerons au fur et à mesure et voulons faire ici seulement quelques remarques sur deux facteurs principaux : infections, intoxications.

1° Les infections.

Les infections plus spécialement coloniales sont nombreuses, quoique beaucoup de maladies délimitées jusqu'à maintenant gagnent peu à peu tous les pays. Le type en est le **Paludisme**. On peut le considérer comme une maladie du bassin méditerranéen, de tous les pays tropicaux ou subtropicaux. Il existe dans toutes nos colonies, excepté quelques îles océaniques (Nouvelle Calédonie). Pour certaines, son importation serait de date récente : Réunion 1782 (Arbo) ; la

Guadeloupe, 1722 ; à la Barbade, les premières atteintes dateraient de 1927. Hermitte (1932) situe sa pénétration aux Séchelles (îles Albadra) en 1908. Son importance est mondiale. Une statistique de la Société des Nations (citée par Joyeux et Sicé) évalue approximativement à 693 millions le nombre de cas de paludisme, dans tout l'univers (1924). Aussi lui a-t-on fait jouer toujours un rôle dans les maladies mentales, et cette question a-t-elle été très étudiée. (Le plasmodium præcox serait le plus souvent en jeu : Austregeliso). Hippocrate parlait déjà du délire dans les fièvres quotidienne, tierce ou quarte. Anderson attribue la décadence des civilisations antiques, grecque et romaine, au paludisme chronique (Malarial psychoses and neuroses. Oxford, 1927). Pour Aubin la sénilité précoce aux Indes, ressortit en grande partie aux maladies nombreuses, surtout à la malaria. Des auteurs lui font même jouer un rôle dans les délires systématisés au moins chez des prédisposés (délires de grandeurs, de persécution).

« La doctrine de Charcot sur l'influence héréditaire des antécédents névropathiques... explique pourquoi chez des personnes prédisposées, on rencontre le plus souvent des troubles intellectuels relevant du paludisme » (Cardamatis). Nous verrons le rôle qu'on lui a fait jouer dans l'amok ou dans des délires collectifs comme l'épidémie des Ramanenjana à Madagascar. Mais ce n'est pas l'avis de Jeanselme et Rist pour qui, pas plus que la syphilis et l'alcoolisme, il n'est une cause de folie des races de couleur, et pro-

voque simplement un délire fébrile ou des psychoses transitoires. Régis le considère de même dans l'ensemble et distingue des névroses et des psychoses.

Les *névroses* sont toutes aggravées ou réveillées par la malaria. L'*hystérie* est fréquente en Orient (Assad Hakim) et ses rapports avec le paludisme, ont été vus depuis longtemps. Commerelan constate que s'il n'y a pas d'antécédents morbides, on trouve une zone hystérogène au niveau du foie ou de la rate avec prédominance des phénomènes hystériques dans la moitié du corps correspondante. On a d'ailleurs tous les degrés depuis les petites crises d'anxiété avec « boule pharyngienne », les accès de dépression physique avec accélération du pouls, jusqu'aux grands syndromes, véritables manifestations pithiatiques. La notion de race y entre pour beaucoup et certains peuples plus émotifs, plus impressionnables y sont plus particulièrement sujets (Malgaches, Malais, Musulmans, Nord-africains...) Il en est de même pour l'*épilepsie* qui atteint aux colonies nombre d'individus et cela sous toutes ses formes : haut mal, vertiges, état crépusculaire (délire hallucinatoire passager) avec les diverses réactions habituelles (fugues, réactions antisociales). Elle n'a rien de spécial au point de vue symptomatique. Cependant chez les Bakongos, Marchand est frappé par le caractère obséquieux, mêlé d'ironie, la hardiesse et la vanité de l'attitude des malades, ce qui faciliterait le diagnostic. Enfin on a toujours noté les rapports avec la *Neurasthénie* déclen-

chée ou exagérée par le paludisme (Roussy, Cardamatis, Regnault, Triantaphyllides).

Les psycho-névroses (obtusion, torpeur, onirisme) forment le lien de passage avec les *Psychoses* proprement dites. Nous avons affaire surtout là, au délire de rêve hallucinatoire, ou délire onirique qui n'est pas la formule d'une intoxication particulière (alcoolisme) mais de toutes les intoxications et infections de l'organisme. Régis a comparé en effet souvent à ce point de vue paludisme et alcoolisme.

Dans le *paludisme aigu*, au cours de l'*accès fébrile*, c'est à la confusion mentale hallucinatoire surtout, que nous avons affaire et au délire onirique. « Ce délire est dans toute l'acception du mot un délire de rêve. Il naît et évolue dans le sommeil. Il peut être exclusivement nocturne et cesser au réveil pour paraître le soir, mais à son degré élevé, il continue au matin et dans la journée, tel quel, comme un véritable rêve prolongé » (Régis). Ces divers troubles n'ont rien de bien particulier, au moins en eux-mêmes car ils varient avec chaque individu, chaque race. Un noir ne délirera pas évidemment comme un européen, il délirera avec les éléments de sa cérébralité « car le délire onirique a pour substratum les idées, c'est-à-dire l'état d'âme ou l'état d'esprit habituel du sujet » (Gouzien). Il faut noter cependant les observations fréquentes à ce moment de la maladie, « d'hallucinations lilliputiennes » assez particulières au paludisme (notamment dans une remarquable auto-observation d'Hikarg 1922 à Bagdad) et les délires

professionnels. Evidemment nous avons toutes les réactions qu'on relève dans ces troubles mentaux : fugues, suicides, homicides... occasionnées par la structure même des délires.

Les *troubles post-fébriles* après l'accès, comportent aussi de la confusion mentale mais plus aiguë. La stupeur est extrême, puis c'est l'asthénie de la convalescence et des idées fixes postoniriques durables, exactement encore comme dans l'éthylisme.

Le *paludisme chronique* a des rapports, lui aussi, avec les troubles mentaux. Ce sont des psychoses d'accès avec les mêmes réactions que précédemment : onirisme, confusion mentale, somnambulisme (Voizard) parfois des syndromes rappelant de très près le syndrome de Korsakoff. Il est assez curieux d'observer que parfois elles remplacent les accès proprement dits, formant de véritables équivalents psychiques. D'autres psychoses existent encore mais en dehors des accès et leur diagnostic est difficile. Elles sont peu connues et on les distingue mal des folies proprement dites, des « Vésanies » (Régis) survenant chez des paludéens. Enfin, certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle au paludisme dans la P. G. (Lemoine, Marandon de Montyel).

La maladie du sommeil : enregistrée depuis longtemps, car ses symptômes avaient facilement frappé les observateurs, elle n'est connue que dans le continent africain. Ce n'est donc pas une maladie presque mondiale comme le paludisme. En effet, on

ne l'a décrite que dans l'Afrique tropicale sur l'étendue des diverses colonies françaises, belges, britanniques, portugaises ou espagnoles. Mais c'est une maladie contre laquelle on a beaucoup lutté au point de vue thérapeutique et prophylactique. Il faut citer en France, notamment les magnifiques efforts du médecin militaire Jamot au camp d'Ayos (Cameroun). Elle a fourni ample matière à observations à propos des troubles mentaux, qui l'accompagnent presque toujours et qui nécessitent, par exemple, un dépistage soigneux des dormeurs qu'on pourrait envoyer dans les troupes de la métropole, où leur état ne laisserait pas de causer parfois des réactions dangereuses. On s'accorde aussi à lui faire jouer un rôle important dans l'épilepsie. De nombreux auteurs ont consacré leurs travaux aux troubles psychiques de la Trypanosomiase. Régis et Gaide déjà en 1898, Spillmeyer en 1907, Louis Martin et Darré en 1909 (chez le blanc) et surtout Gustave Martin et Ringenbach.

Ces derniers classent les troubles divers, qui relèvent des aliénations mentales organiques, en divers groupes se pénétrant plus ou moins aux diverses phases de la maladie.

L'apparition des troubles psychopathiques est précoce ; chez les blancs ils surviennent généralement après la première rechute.

Au début, c'est le domaine moral plutôt que le domaine intellectuel proprement dit qui est atteint.

Il y a une rupture très rapide entre l'équilibre

moral et affectif. On est frappé par le changement du caractère qui « devient morose et taciturne » (Corre). ou au contraire *excité*. Les malades s'irritent pour un rien, protestent sans cesse, se plaignent de tout, réclament continuellement sur la nourriture, qui, chez le noir a une grande importance. Ils refusent tout travail, nient leur maladie, assistent indifférents à leur déchéance progressive. C'est un véritable négativisme, « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue de l'extérieur, qu'elle qu'en soit la nature » (Kalbhaum).

Peu à peu sur ces défaillances psychiques, instabilité, subanxiété, dépression, se greffe l'état de démence qui révèle les progrès de l'atteinte cérébrale et qui fait la gravité pronostique de la maladie du sommeil. La psychose trypanosomique est en effet une confusion mentale chronique se développant sur un fond démentiel, ce qui est normal, puisque nous retrouvons là le syndrome toxi-infectieux de Régis qui écrivait déjà en 1898 : « Il y a tout lieu de supposer que l'hypnosie n'est autre chose qu'une toxi-infection ». Cette confusion mentale n'a rien de particulier, elle est accompagnée ou non du délire onirique. Les délires du noir, comme nous le verrons à propos de la mentalité indigène sont différents de ceux du blanc et surtout à la base démonomaniacale. Les hallucinations visuelles ou auditives, beaucoup plus rarement des illusions, forment peu à peu un délire de persécution, le noir ayant en effet souvent un fond paranoïaque ; ou encore délire de grandeurs, délire mégalo-

maniaque : « Je suis un grand chef, j'ai beaucoup d'esclaves, les autres ne sont que de sales nègres » (cité par G. Martin).

Mais à côté de ces délires plus ou moins systématisés, nous relevons aussi des délires mobiles, absurdes, incohérents, faits d'éléments banaux, mais dont la juxtaposition peut leur donner un faux caractère de fantastique.

La démence aboutit rapidement à des troubles complets de la mémoire, dysmnésie (diminution et obtusion de la mémoire) paramnésie (perversion de la mémoire) amnésie de fixation, syndromes de Korsakoff. La mimique disparaît (hypomimie) ; les malades versent dans une apraxie presque totale ou réalisent des formes catatoniques soit dans les attitudes, soit psychiques pour ainsi dire avec négativisme plus net encore qu'au début, suggestibilité, se rapprochant de l'échomimie, de l'écholalie.

Mais l'on a encore d'autres troubles : formes mélancoliques, formes maniaques, formes maniaco-dépressives. Les accès maniaques sont peut-être les plus fréquents et les plus graves aussi, à cause de leurs conséquences : rixes, avec en général, amnésie consécutive, impulsions au suicide et à l'incendie, vol de nourriture, et surtout fugues. Les fugues du sommeilleux sont bien connues, qui parcourt des distances énormes dont il ne se souvient pas en général, comme les épileptiques. On peut en rapprocher la « dromomanie », automatisme ambulateur particulier, besoin perpétuel de marcher, de courir très

courant dans la trypanosomiase (G. Martin). Enfin, il faut remarquer avec Ringenbach que la maladie du sommeil doit être rapprochée à divers points de vue de la paralysie générale : malades désordonnés, brouillons, abouliques, indifférents à leur déchéance, mêmes concepts délirants mobiles, multiples, absurdes, contradictoires et on a pu parler avec raison de « méningo-encéphalite trypanosomique ».

A côté de la maladie du sommeil, il convient de placer la trypanosomiase américaine ou **Maladie de Chagas**, limitée, elle à l'Amérique Centrale et du Sud.

Les troubles psychiques peu étudiés encore ressortissent presque exclusivement aux syndromes de déficience mentale plus ou moins accentuée et donnent les divers types d'oligophrènes : débiles, idiots, imbéciles (Auestregeliso, Chagas).

Pour la **Lèpre**, les auteurs parlent peu des troubles mentaux qui l'accompagnent et qui, à proprement parler, sont rares. Ce qui joue surtout, moins qu'auparavant pourtant, c'est la vie même des lépreux obligés de vivre dans des conditions particulières, isolés, objets d'horreur pour l'entourage. Dans les cas graves, le malade traîne une existence misérable, entrecoupée de rémissions, assistant à sa déchéance organique pendant une période qui peut atteindre jusqu'à vingt ans, et meurt lamentablement, infirme. Au point de vue mental, l'intelligence n'est pas altérée.

Cependant, on décrit parfois une psychose carac-

térisée par de l'amnésie, affaiblissement intellectuel, délire de persécution (De Beurmann et Gougerot, Roubinowitch).

Toute une littérature s'en est emparée et précisément Bodros nie le caractère hypochondriaque et mélancolique donné par X. de Maistre au « Lépreux de la cité d'Aoste ». Bodros (1912) qui a fait une étude sur l'état mental des Hanséniens à Harrar (Abyssinie) n'a pas trouvé de psychoses caractérisées. « En général, il y a conservation de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, mais abolition presque totale des sentiments affectifs, irritabilité excessive, méfiance et hostilité, méchanceté sans cause, criailleries, injures, vagabondage, immoralité et souvent tendances à la violence » et il met ces diverses réactions sur le compte de la vie qu'ils sont obligés de mener et de l'inhumanité plus ou moins déguisée des gens envers eux.

Les diverses helminthiases et surtout l'**ankylostomose** ont aussi une grande part dans les maladies mentales. Cette affection a été diagnostiquée dans le monde entier. Très commune dans l'Afrique Occidentale, Orientale, Equatoriale, certains lui avaient même attribué en grande partie la nonchalance proverbiale des Noirs. Mais Gordon à Sierra-Léone estime que l'asthénie, la dépression n'existent que lorsque les œufs des parasites atteignent 15.000 par gramme de matières fécales et ce sont des taux exceptionnels. Gallacher à Porto Rico (1925) formule les mêmes conclusions.

Cependant la majorité des auteurs signale des troubles mentaux multiples, des réactions morbides nerveuses et psychiques chez les prédisposés (Moreina et Peixoto, Coudray) : torpeur cérébrale, confusion, hypochondrie, dégénérescence mentale ou démences séniles précoces, infantilisme si commun aux colonies (Austregeliso, Peyre), idiotie, imbecillité (Moreina).

Elle provoquerait aussi la série des névroses : hystérie, neurasthénie, troubles cœnesthopathiques et surtout épilepsie. Cette dernière est en effet rattachée à l'ankylostomose pour une grande part, notamment par Wittenberg (Sud de la Chine), Jeanselme (presqu'île indochinoise) Marchand (Bas-Congo).

Si les examens de laboratoire ont peu à peu fait voir l'étendue du territoire, de l'ankylostomose, la **Pellagre** au contraire est une affection qui semble diminuer, alors qu'il y a quelques années elle a été très étudiée pour son étiologie ; et aussi sous l'angle qui nous intéresse par Warnock, Balcok, Finzi, Katsovski, Tamburini.

A la période cachectique, les sensations de brûlures et les démangeaisons, donnent lieu à des interprétations délirantes de sorcellerie par exemple ou de persécution. Chez les Arabes, qui n'ont guère en aliénation que des états maniaques, la dépression mélancolique doit faire songer à la pellagre de même que les états assez communs dans cette affection de catatonie, négativisme. Warnock l'assimile en partie

aux réactions de la paralysie générale et Morinyasu l'a fait entrer dans le cadre des folies toxiques.

On peut en dire autant de beaucoup d'autres maladies : béri-béri (Balhz et Muira), dengue, peste, dysenterie amibienne (Assad Hakim, Professeur Thabaud), sprue (Van Loon), fièvre récurrente algérienne (Parrot, Porot, Sergent, Foley, Dumolard), fièvre jaune (Blanchard, Le Gac, Clarac et Simond).

Le délire gai ou furieux, les hallucinations, les impulsions de l'excitation amarile sont bien connues et Bouffard, parlait de l'impression extraordinaire de ces salles de malades, où l'on ne dort jamais.

Nous n'y insisterons pas plus longuement, mais on peut les envisager toutes comme des maladies toxiques généralisées avec action élective du poison sur les centres nerveux et « cela ne fait pas exception à cette règle générale de nosographie psychiatrique, qui veut que toute infection et toute intoxication se manifestent par des modalités cérébrales, confusion mentale, délire onirique, démence précoce, reliées entre elles par une affinité de caractères communs » (G. Martin).

2° Intoxications.

A propos des intoxications qui sont de toutes sortes, nous ne voulons parler ici que des « poisons euphoristiques » créant les « paradis artificiels ». Nous ne ferons d'ailleurs que les situer par rapport aux troubles mentaux. L'alcoolisme a fait de terribles progrès aux colonies tant par les boissons locales que

par les boissons importées mais cela nous entraînerait trop loin, et l'éthylisme fait les mêmes ravages que sous nos climats.

Il en est de même de l'*opium* dont nous ne parlerons pas. On a écrit des volumes sur la fumerie d'opium, la psychologie du fumeur d'opium, les effets de la drogue avec ses conséquences sur l'individu à toutes les classes de la société et une littérature innombrable a rendu hommage à la « Fée brune ».

Le *Cannabisme*, intoxication produite par le chanvre indien, est comparable à l'opiomanie mais il est moins étendu et l'accoutumance serait peut-être moins forte. Cependant le chanvre indien cause des troubles importants, soit mangé (*Haschisch*), soit fumé (*Kif*). Il est connu depuis longtemps. Déjà en 1090, au temps des Croisades, le cheik Hassam-Ben-Salah-Homaïri, que les Européens appelèrent le « Vieux de la Montagne », se rendit célèbre en devenant le chef d'une secte des Ismaïliens d'Egypte à qui il faisait prendre des préparations narcotiques à base de chanvre indien et qui, à cause de cela, lui obéissaient avec un aveuglement fanatique et tuaient tous ceux qu'il désignait. Ces « Haschichins » donnèrent d'ailleurs naissance au mot « assassins ». Gérard de Nerval a parlé de l'ivresse du haschisch et Théophile Gautier en 1843 en a fait une merveilleuse description littéraire.

Le Cannabisme sévit en Extrême-Orient, dans le Proche-Orient et en Afrique du Nord. Au point de vue psychiatrique, on l'a surtout étudié en Algérie (Las-

net, Meilhon), en Tunisie (Bouquet, Gobert et Perrussel), en Turquie (Conos), en Egypte (Warnock), au Bengale et aux Indes anglaises (Kocher), aux Indes Néerlandaises (Van Laon).

Au début de l'intoxication, on a de l'angoisse, de l'hébétude ou de l'excitation, des rêves hypnagogiques, du délire onirique. Le regard a un aspect brillant, presque phosphorescent. Puis des hallucinations souvent pénibles, soit visuelles soit auditives, aboutissent peu à peu à des délires plus ou moins systématisés de possession, de grandeur mais pas de délires de jalousie ou de persécution. La manie haschichique est surtout euphorique et l'excitation aboutit rarement à de la fureur ou des réactions violentes. Il existe parfois de l'éréthisme génésique surtout au début, donnant lieu à une extase voluptueuse ou à des actes obscènes et impudiques. Les fugues sont très fréquentes, véritable besoin de marcher, impulsion motrice de quelques jours à quelques semaines et les vagabonds sont souvent atteints de « folie kiffigue ». Peu à peu, à un stade plus avancé du haschichisme, le tableau clinique est celui de la démence précoce catatonique avec un rire continu qui a frappé tous les observateurs.

L'alcoolisme, en général associé, augmente les troubles mentaux.

D'autres intoxications coloniales sont moins importantes parce que plus restreintes, d'abord par exemple le *Kawaïsme* (causé par le *Kawa*) en Polynésie, qui amène cependant un affaiblissement intellectuel et de

la déchéance psychique ; causés aussi sur la côte des Somalis par l'absorption abusive que font les habitants des feuilles enivrantes d'une plante indigène, le « cat ». Comme nous le verrons à propos des psychoses du blanc, malgré le grand nombre des intoxiqués, on considère généralement qu'un fonds mental particulier est nécessaire dans ces diverses toxicomanies, au moins pour s'y adonner au début. L'accoutumance vient ensuite. Il est intéressant de rapprocher de cela le cas du *Péyotl*. Rouhier a écrit (1927) une monographie très poussée de la « plante qui fait les yeux émerveillés ». Très répandue au Mexique, elle a chez les Indiens une valeur religieuse capitale. On la cueille suivant des rites bien établis. C'est une plante sacrée. « L'ivresse mescalinique » procure des phénomènes visuels, des visions colorées dont on se rappelle mais pas d'hallucinations. Il y a de la mydriase. L'accoutumance n'existe pas. « Elle n'est guère susceptible de produire l'état de besoin et ne manifeste agréablement ses fantaisies visuelles que sur des sujets en bon équilibre général et surtout nerveux, c'est-à-dire, à peu près sur ceux qui ne sont pas les candidats habituels à la toxicomanie » (Rouhier). Aussi les Indiens parlant de leur plante sacrée, disent-ils : « Le dieu ne favorise que les gens sains et bien portants. »

III

Psychoses des blancs dans les pays chauds.

Les colonies n'ont plus la réputation qu'elles avaient auparavant, où l'on considérait chaque individu y ayant habité quelques années comme atteint presque toujours de quelque trouble mental, au moins du fameux « coup de bambou ». Les réactions psychiques pathologiques n'y sont pas certainement plus nombreuses qu'ailleurs. Les conditions de vie ont changé, le genre d'existence, l'hygiène générale s'y sont améliorées, les relations plus commodes ont facilité les rapports, diminué en partie l'isolement des petits postes de brousse. C'étaient en effet de multiples facteurs accumulés qui créaient la psychose coloniale, *la soudanite*, du nom générique sous laquelle on la désignait. Ce terme est destiné à disparaître de la nosographie psychiatrique, car il désigne un ensemble de troubles mentaux qu'on doit classer dans des cadres bien établis à l'heure actuelle. Deux ordres de faits sont à noter, l'un par rapport à la colonie, l'autre par rapport à l'individu. D'une part, les facteurs prédis-

posants pour ainsi dire ne sont pas rares aux colonies. Le blanc y trouve d'autres civilisations, d'autres mentalités, une vie souvent plus large, plus libre au moins dans les grands centres, ou au contraire dans des postes de brousse des fatigues physiques et morales, des soucis différents de ceux auxquels il était plus ou moins adapté dans le cadre social qu'il occupait auparavant.

Le régime alimentaire se modifie, les maladies infectieuses de toutes sortes peuvent intervenir, associées à des intoxications (alcoolisme, opium) chez des sujets prédisposés de par leur mentalité. Le climat aussi a une influence, si le blanc ne prend pas certaines précautions, s'il ne suit pas les règles d'une véritable hygiène tropicale, influence attribuée surtout aux rayons infra-rouges du soleil. Auparavant, à côté de l'insolation proprement dite, on décrivait même à bord des vaisseaux naviguants sous les tropiques « la *Calenture* », délire aigu du coup de chaleur dans lequel le malade veut se jeter à la mer, ce qui avait été observé par les anciens marins. Les séjours hors de la colonie sont d'ailleurs une nécessité pour l'Européen qui « ne peut faire les frais d'une adaptation, lente, progressive et sûre, car cette adaptation est possible à une race, non à un individu » (Bouquet). De plus on peut dire que les sujets partant aux colonies étaient souvent prédisposés, du fait même qu'ils portaient et formaient toute une catégorie d'individus qui y ont créé, en grande partie, cette réputation déplorable : déchets dont se débarrassaient

les administrations, « mauvais sujets » qu'on expatriait, débiles divers, civils ou militaires, attirés par l'aventure, le besoin de partir.

« Le milieu exotique n'est qu'un cadre pour un cerveau prédisposé et fragile qui aurait puisé tout aussi bien ailleurs un thème à ses idées délirantes » (G. Martin).

Les colonies ont permis à des caractères de se révéler parce que les possibilités étaient plus grandes, plus neuves : les épopées coloniales de toutes sortes en sont la preuve. Toute une « littérature d'Empire » nous a permis d'admirer un Lyautey, un Marchand, un Laperrine, un Père de Foucauld, un Henry de Bournazel, un Louis de Penfentayo, un Contamine de Latour, un Albert Bernard et tant d'autres qui « construisent » au delà de leur mort. Mais encore une fois la colonie n'était qu'un cadre pour ces hommes d'élite.

Les individus, qui eux, sont une proie plus facile pour les maladies mentales aux colonies, ont une *constitution psychopathique* propre qui pourra s'y développer. Ils présentent dès l'enfance et pendant tout le cours de leur existence des caractères originels spéciaux « qui leur créent comme une sorte de personnalité morbide ». Achille Delmas décrit cinq constitutions, au moins principales, car elles se pénètrent, s'enchevêtrent pour aboutir à des réalités moins théoriques.

La constitution *Cyclothymique* est peut-être la plus courante avec sa succession plus ou moins régulière de phases d'excitation et de dépression. A un degré

plus poussé, elle aboutit aux diverses psychoses périodiques sous toutes les formes. Lorsque l'activité domine, nous avons affaire à l'« *hypomaniaque* » ou « *excité constitutionnel* ». Il est prodigue dans ses écrits et dans ses paroles, loquace, bavard incorrigible, remuant, toujours en verve, confiant en soi, heureux de vivre, prenant tout du bon côté, actif, débrouillard mais imprévoyant. Insensible à la fatigue, habile aux sports, audacieux, il est fécond en projets, entreprenant mille choses qu'il abandonne vite, manquant d'esprit de suite.

L'hypomaniaque « présente souvent un cachet d'originalité, de distinction, de supériorité ». Par contrepartie, il est superficiel, vaniteux, récriminant, sujet parfois à des crises de dépression terrible pouvant aller jusqu'au suicide. Les auteurs coloniaux, par exemple G. Martin, Huot...; ont cité 1.000 cas d'hypomaniaques aux colonies ; tel cet administrateur dormant avec un drapeau tricolore au-dessus de son lit pour montrer qu'il représente la France même dans son sommeil, ou cet autre rendant la justice en grand uniforme dans un village nègre accompagné d'une nombreuse escorte. Maigret dans son livre *Les Anthropophages*, a tracé un portrait très juste d'hypomaniaque dans son personnage de l'administrateur Cadarosse faisant mille projets et faisant construire sans arrêt des routes qui ne pourront jamais servir.

Les sujets qui entrent dans la constitution *hyperémotive* « réagissent d'une manière particulièrement brusque aux émotions et dépassent dans ces réactions

les effets utiles de l'ébranlement » (A. Delmas). Ce sont des sensibles, des impressionnables, livrés aux psychoses d'angoisses, toujours anxieux, ayant peur de tout même des actions les plus simples de la vie courante, vivant dans une sorte de gêne morale qui les annihile. Souvent psychasténiques, ils ont parfois une exacerbation rapide des phénomènes de découragement habituel, axée sur une ou plusieurs préoccupations parmi toutes celles dont ils sont riches, souvent en désaccord aussi avec la personnalité du malade (association par contraste). Placés dans des cadres bien définis, ils mènent une existence tranquille, effacée ; mais on conçoit qu'aux colonies, isolés, devant des événements qui les dépassent ou les brusquent, ils réagissent mal et hésitent à prendre une décision, amenant quelquefois des catastrophes facilement évitables.

« Le désir de plaire est déjà un mensonge » a dit Vauvenargues. *Le mythomaniaque* exagère cette tendance. Cette constitution a été bien décrite par Ernest Dupré (1922), qui distingue une mythomanie vaniteuse, perverse et maligne. Le sujet a une propension plus ou moins volontaire et consciente du mensonge et à la création de fables imaginaires, et il se prend même à son jeu. A beau mentir qui vient de loin, dit-on, et le menteur de Corneille ou Tartarin, ont bien des émules sous les tropiques. Le mythomane enjolive tout, raconte des aventures fausses pour se mettre en valeur, s'attribue des titres, des décorations. C'est « l'homme qui voulut être Roi »

de Kipling. C'est encore toute la série des originaux, des excentriques, tel ce médecin colonial cité par Jauréguiberry qui donnait ses consultations au fond d'un puits, et tant d'autres.

La constitution *paranoïaque* est l'hypertrophie du moi. Elle se définit par l'orgueil, la susceptibilité, la méfiance, la fausseté du jugement. Le paranoïaque est conscient de sa valeur souvent réelle, mais qu'il trouve qu'on ne reconnaît pas assez ; aigri, anxieux, se vexant facilement il cache souvent ces tendances sous une apparence de fausse modestie ou d'ironie. Le paranoïaque pur est candidat au délire de revendication, de persécution avec interprétations. Il en appelle à l'opinion, accable ses chefs de mémoires, engage des procès (folie processive). Paranoïaque partiel, il fournit toute une catégorie d'aliénés migrants, de vagabonds, d'errants, d'instables inadaptés à la vie sociale. « Il y avait du paranoïaque chez le grognard de l'Empire comme chez le Barnavaux des temps héroïques » (Huat) et les troupes coloniales sont un refuge pour nombre d'entre eux.

La constitution *perverse* souvent associée à un fond mythomane groupe des individus qui dès l'enfance, montrent une « atrophie de la bonté ». Ils sont rancuniers, rebelles, en révolte plus ou moins ouverte contre la société qui ne peut les amender en général. Ils donnent des sujets inaffectifs et amoraux, cruels sans cause par désir de nuire (auteurs de lettres anonymes), délinquants divers, souteneurs, homosexuels, escrocs de toutes sortes. Les Colonies

ont été souvent pour eux un terrain merveilleux et la chronique d'Outre-Mer est remplie de cas célèbres. A ce propos, Jauréguiberry (1924) qui a dépeint, avec humour d'ailleurs, un tableau très pessimiste de la vie coloniale, constate que dans les colonies « on y use d'euphémismes commodes. C'est ainsi que voler en affaires n'est qu'habileté, tripoter en administration que débrouillage ». Mais les colonies en ont-elles le monopole ?

Enfin, on peut ajouter la constitution *schizoïde* décrite par Bleuler et Kretschmer et importée en France, où elle a subi quelques variantes avec le Professeur Claude et l'Ecole de Sainte-Anne. Les schizoïdes seraient prédisposés d'une terrible maladie mentale, la démence précoce (schizophrénie). Les schizoïdes présentent une dissociation de la pensée, vivent intériorisés (voir le Louis Lambert de Balzac). Dans l'enfance, ce sont des sujets timides, trop sages, cherchant à s'isoler, fuyant les jeux bruyants de leur âge.

Plus tard nous avons affaire à des rêveurs, des imaginatifs sans contact avec le réel, sans besoin de socialité, sans expansion, vivant repliés sur eux-mêmes dans un véritable « autisme ». Ces sujets, malgré l'apparence, ne sont pas rares aux colonies.

Ces constitutions expliquent en grande partie les réactions des sujets qui y répondent, devant les facteurs nouveaux qui les environnent. Entre autres, c'est le problème des *toxicomanies*, qui malheureusement ne sont plus seulement exotiques mais se sont

généralisées. Avec l'ambiance, devant la facilité qu'ils ont d'échapper ainsi à des soucis, des ennuis, il n'est pas étonnant que des prédisposés s'y adonnent de plus en plus. « Les véritables causes d'opiomanie chez le fonctionnaire, l'officier, le colon ou l'artiste, l'affligé ou le snob, aussi bien à Paris qu'aux colonies sont au nombre de deux, l'une prédisposante, le déséquilibre mental ; l'autre occasionnelle et déterminante, la contagion de l'exemple » (Dupouy). Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Ce qui domine la scène chez beaucoup de toxicomanes, c'est la constitution mentale spéciale du sujet, constante, immuable et qu'il est pour ainsi dire impossible de changer. Cet état mental rend compte des rechutes qui sont la règle, après les cures de désintoxication par n'importe quel procédé. « Le toxicomane est un paranoïaque à tendances cyclothymiques... mais cette paranoïa à forme circulaire, ne constitue que le fond du tableau clinique sur lequel se détachent les trois grands signes psychologiques : l'obsession, l'impulsivité, la perversité » (Buoat).

La curiosité, le snobisme, la contagion de l'exemple peuvent jouer au début mais chez des sujets normaux ce ne sera qu'une expérience. Au contraire les alcooliques, les morphinomanes, les opiomanes sont des « déprimés constitutionnels », de petits mélancoliques chroniques demandant à telle ou telle drogue oubli ou excitation. Ils appartiennent à cette catégorie de cyclothymiques qui vivent habituellement au-dessous de leur activité normale, s'écroulent de temps

à autre dans un fond plus accentué de douleur morale, d'impuissance. Leur entourage leur reproche de « ne pas savoir réagir » alors qu'un effort de volonté ne peut les arracher à leur besoin, car ce pouvoir est précisément ce qui leur manque (Bussel). « Ne devient pas toxicomane qui veut » a-t-on dit à juste titre, mais on conçoit l'importance que peuvent avoir surtout aux colonies, ces intoxications, chez des dirigeants et des responsables.

Le blanc sous les tropiques, conserve donc sa constitution, son fond mental, son acquis affectif ou moral ; et son délire par exemple, sous quelque forme qu'il soit, se fera avec ces éléments. « Il existe un rapport étroit entre la valeur intellectuelle et imaginative du délire, et la qualité de l'esprit et le degré de culture antérieure du malade » (Dupré). Mais comme normalement, un malade quel qu'il soit, enrichit son délire avec ses acquisitions nouvelles, il n'est pas étonnant que le blanc puise souvent dans le milieu exotique des nations donnant à ses troubles mentaux, une atmosphère et un climat psychique particuliers. C'est là une mine inépuisable. La contagion, la cohabitation forcée avec des individus de civilisation attardée, chez des natures faibles et crédules, les inclinent vers des formes de déséquilibre mental caractéristiques du milieu. C'est ainsi qu'un peu partout, des Européens d'apparence sains d'esprit, arrivent inconsciemment à verser dans la mentalité indigène, à plus forte raison chez des prédisposés. Un blanc perdu par exemple dans la brousse

africaine peut ajouter à ses réactions pathologiques, sorciers, pratiques locales, démonomanie, etc., et on peut dire qu'il se négriefie dans son délire comme il se négriefie parfois dans la vie courante.

Il faudrait étudier aussi la question des diverses réactions mentales dans les troupes coloniales. C'est là un sujet beaucoup trop vaste et englobant des problèmes complexes.

Le soldat de métier colonial, le fameux « Barnavaux » de Pierre Mille, a peut-être évolué. Mais le cadre de l'armée coloniale a toujours contenu un fort contingent de « petits mentaux », « têtes brûlées » esprits aventureux, débiles... Des facteurs interviennent chez ces prédisposés : l'alcoolisme, la syphilis sont fréquents. (Il y a d'intéressants rapports notés souvent par le Professeur Guillaïn entre la spécificité et les tatouages.)

Les médecins coloniaux ont souvent signalé aussi la forte proportion des suicides, groupés parfois en véritables épidémies. Nombre de réactions d'ailleurs (désertions, etc.) sont de plus en plus étudiées par les médecins spécialisés et ressortissent aux progrès de la psychiatrie en général.

IV

Psychoses de l'indigène

1^o Aliénation mentale et mentalité primitive.

Le psychisme de l'indigène, au moins pas du tout évolué, est différent du nôtre. Le monde dans lequel il vit dès l'enfance le prépare à des conceptions qui ne répondent pas aux nôtres. Pour le petit primitif, dit Lévy-Brühl : « nombre des idées lui sont révélées par des cérémonies d'initiation, au milieu de tortures physiques, au sein d'une atmosphère de surexcitation, qui en font définitivement pour lui des sources de profonde émotion. » Plus tard il retrouvera périodiquement au cours de son existence des cérémonies semblables pour chaque étape de sa vie. Et un univers mystérieux se forme dont il a la représentation mystique ou affective. Cet univers a ses lois, « mais ce sont celles de l'affectivité qui le régit, l'indifférence à la contradiction, l'identité de choses différentes mais de même valeur mystique ou affective, des relations étranges avec les faits, déroutant toutes les règles naturelles admises par notre esprit, en un mot les innombrables applications de la loi de parti-

cipation que l'on a définie « n'importe quoi agit sur n'importe quoi ».

De cette loi découle le rôle capital pour le primitif, de la Magie, explication dans la forme intentionnelle, de tout ce qui, à ses yeux, est insolite. Cette logique affective, qui précède notre rationalisme, a reçu de Lévy-Brühl le nom de Pré-logique » (Lévy-Valensi). Et tous les auteurs ont signalé la prédominance chez eux des psychoses affectives (Lasnet, Gouzien).

Ce besoin, chez le primitif, d'une influence extérieure qui préside à ses actes, à sa destinée, se retrouve dans toutes ses croyances. Chaque race a plus ou moins l'équivalent du *tolem*, qu'il considère comme apparenté à lui et comme l'ancêtre, animal quelconque sur la foi d'adaptations multiples ou de légendes transmises au cours des générations. C'est encore pour le noir d'Afrique le *tana*, animal qui n'est plus ici l'ancêtre mais bien le protecteur de chaque famille, de chaque clan (G. Martin). Totem et tana sont protégés par le *labou*, c'est-à-dire la chose interdite, soustraite au langage courant, dont on ne parle jamais. Lorsque l'interdiction est violée, la sanction n'est pas une peine édictée par une loi civile mais une calamité, un désastre qui frappe les coupables. Ainsi le naturel et le surnaturel se mêlent, inextricablement.

On conçoit dans ces conditions l'importance du *sorcier*, qui, lui, connaît les lois divines, est l'intermédiaire de ces puissances extérieures dont il est l'interprète. Dépistant les esprits, mêlé à des sociétés

secrètes, il est d'ailleurs craint et inspire une horreur mêlée d'inquiétude. C'est que l'on peut aussi être sorcier sans le savoir. Cette croyance, les ethnologistes (Frazer, Lévy-Brühl, Dürkheim, Obstereich) l'ont retrouvée chez les peuples primitifs de l'Afrique, de l'Amérique, de l'Australie (Boven). Et pour Lévy-Brühl : « la violence de ces sentiments est telle, comme on sait, qu'au moindre soupçon de sorcellerie, les liens de l'affection la plus tendre... se rompent d'un coup et totalement. Parfois l'individu suspect sera aussitôt exterminé par ses proches sans jugement et même sans ordalie ».

Cette mentalité chez les races non évoluées, nous fait comprendre facilement leur réactions devant des phénomènes aussi particuliers que les troubles mentaux venant à frapper les individus. La folie est quelque chose de sacré, de divin devant laquelle on s'incline et chaque civilisation à ses débuts l'a considérée comme telle. Toute l'histoire ancienne nous en donne des exemples : tels les Romains arrêtant les comices quand survenait un cas d'épilepsie (*morbus sacer*). C'est que, précisément les races dites primitives en sont restées à ce stade là, malgré les différences ethniques.

Le musulman considère l'aliéné comme un être sacré et vers 1896, Moreau (de Tours) notait : « Les femmes recherchent le commerce avec les fous, elles se livrent à eux avec une pieuse effronterie, partout où la rencontre a lieu, au milieu des carrefours et sous les yeux de tout le monde ». Ces coutumes formaient sans nul doute une hérédité chargée. Pour la

race Sara au sud sur le lac Tchad, si « N'Di » est la bonté, la puissance, le créateur, il existe dans le monde invisible et supra-naturel, le mauvais génie négateur et destructeur : c'est « Kor » qui frappe de folie les hommes (Muroz, 1926). Dans le Proche-Orient ce sont les esprits, les *Djinns* qui interviennent pour donner les troubles mentaux, l'hystérie surtout (Thabaud, Sami et Sarti). Le noir animiste juge que l'esprit entre dans le corps et l'individu devient *fato* (Casanove). De même dans certaines régions indochinoises, beaucoup d'Annamites attribuent la folie à certaines divinités, les « makouï », qui prennent possession des individus.

Dans le Sahara, ce sont encore des êtres immatériels qui pour les indigènes sont à l'origine de l'aliénation, que ce soient les *d'jenouns* des Arabes, l'*alhinén* des touaregs. Au Tidikelt, les génies sont seulement reconnus responsables des états d'agitation ; la dépression physique et psychique, le désintéressement des choses et des gens qu'éprouvent certains individus, apparemment sans raison, sont considérés comme causés par un poison mystérieux « le borhborh » (Hummann, 1934). On pourrait multiplier les exemples.

Les délires eux-mêmes se ressentiront tout naturellement de ces tendances, de cette atmosphère psychique. Magnan a écrit dans « LE DÉLIRE CHRONIQUE » une page devenue classique :

« A la fin du Moyen Age et à la Renaissance, on parlait de sorcellerie, de possession diabolique, d'incubes et de succubes, de démonopathie ; au

xviii^e siècle, le Mesmérisme, le fluide magnétique, plus tard les esprits frappeurs, les tables tournantes servirent aux patients d'explication de leurs sensations morbides : le délire n'était que le reflet des croyances et des superstitions de l'époque. De nos jours, nous l'avons vu, ce sont les grandes forces naturelles, l'électricité, c'est la physique, c'est la chimie, l'hypnotisme, ce sont les microbes, certaines corporations qui ont pris la place du merveilleux des siècles passés. De même, tandis que les délirants chroniques de jadis, devenaient des théomanes et s'appelaient Dieu, l'antéchrist, Jeanne d'Arc, prophètes, ceux d'aujourd'hui deviennent Empereurs, Rois, Présidents de la République, millionnaires, réformateurs, inventeurs, etc. Certains malades montrent d'une façon très nette cette double influence de leur éducation dans deux milieux différents : l'association des superstitions du passé avec les découvertes scientifiques modernes produit chez eux un délire mixte.

Ces variétés d'aspect des conceptions délirantes ne sont que des phénomènes accessoires, que des apparences, qui ne doivent pas en imposer au clinicien : le fait capital consiste uniquement dans la transformation des idées de persécution en idées de grandeur ; ce qu'il faut considérer, c'est, non la couleur du délire, mais son évolution ». Pour Magnan en effet, l'évolution du délire compte seule avec ses phases se succédant, logiquement et découlant presque mathématiquement l'une de l'autre : période d'inquiétude et d'hallucinations, de persécution, du délire des gran-

deurs, de démente. Mais pourtant les modalités du délire sont aussi intéressantes. On peut dire que dans un certain sens, le délire du primitif est comparable à ceux du Moyen âge dans leurs similitudes d'expression.

La possession joue un grand rôle. Le délire des succubes et des incubes a son équivalent aux Antilles, en Nouvelle-Zélande (Tylor) et ailleurs.

On retrouve une multitude de cas rappelant la *lycanthropie*, en Malaisie, chez les noirs d'Afrique. Au Japon, Seleule a étudié une névrose assez commune dans la province de Tasa (île de Sedoku) dans laquelle les individus qui en sont atteints croient être possédés par un animal (chien, tigre) et se conformant aux mœurs de ces animaux hurlent, rugissent, attaquent. On connaît la fameuse secte des *Aissaouas* imitant aussi des animaux, par exemple les lions, et dévorant des moutons encore chauds. Ces délires « métaboliques » de la personnalité existent à des degrés moindres, même en dehors des colonies. On a souvent affaire à ce que Walh appelle « les délires archaïques ». Par contrepartie, il faut noter qu'avec les progrès de la civilisation, les acquisitions nouvelles, l'indigène évolue, s'adapte et glisse parfois vers les délires des blancs sous des formes plus ou moins pures, souvent mêlées, car « les croyances se superposent les unes aux autres, comme des couches de peinture, sans se mélanger, sans s'annuler. L'ancien ton demeure et transparaît ».

2° Les psychoses collectives.

A l'heure actuelle, le caractère pour ainsi dire épidémique de l'aliénation a presque disparu. Il faut pour l'éclosion de ces psychoses collectives des conditions particulières, une atmosphère spéciale qu'on retrouve quelquefois encore (grands cataclysmes mondiaux, guerres...) et une suggestibilité exagérée chez certaines races.

Certaines lois les régissent et on peut leur appliquer les trois principes que donnaient Lasègue et Falret pour le délire de « contagion vésanique » à deux. Il faut d'abord l'existence d'un élément actif qui crée le délire et l'impose à la foule qui représente l'élément passif de la contagion. En acceptant d'ailleurs les idées délirantes, la foule réagit à son tour sur l'élément actif en rectifiant, corrigeant et coordonnant le délire qui ainsi devient commun. En second lieu, il est indispensable qu'il y ait une connivence prolongée des deux ordres d'esprit, vivant d'une vie commune dans le même milieu, partageant la même existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes, les mêmes espérances et étrangères à n'importe quelle autre influence extérieure. Puis enfin, la contagion du délire exige de celui-ci, un caractère de vraisemblance, son maintien dans les limites du possible, reposant sur des événements accomplis dans le passé ou bien sur des craintes ou des espérances conçues pour l'avenir.

En 1898, Nina Rodrigues envisageait sous cet angle

une *épidémie de folie religieuse*, à propos d'une lutte entreprise au Brésil à la fin du siècle dernier par Antonio Conselleiro, atteint de délire chronique caractérisé à la tête des yacunços (métis du sertao c'est-à-dire des terres de l'intérieur) ; lutte menée contre le gouvernement républicain au nom des sentiments catholiques et monarchistes d'un « peuple courageux mais arriéré et nettement fétichiste. »

Huot a relevé à Madagascar plusieurs cas de psychonévroses collectives, et il insiste longuement sur une épidémie de folie particulièrement intéressante. C'est l'*épidémie des « Ramanenjona »* survenue en 1863 et racontée avec minutie et exactitude dans la relation d'un missionnaire, le Père de Malzac. En 1863 Radama II régnait, et acceptait les idées de progrès et de civilisation venues de l'extérieur. Les habitants ne l'approuvant pas, une psychose collective se créa. Le bruit courut que la reine Ravanalona quittait « amboudrombé » le royaume des ombres, et se dirigeait vers Tananarive avec une nombreuse escorte, pour reprendre la place de son fils qui ne continuait pas son œuvre et changeait sa politique. Les ombres qui accompagnaient la reine portaient de multiples bagages qu'ils passaient aux vivants, et dans tous les villages des individus pris d'une exaltation soudaine, criaient, affirmaient « qu'ils voyaient leur souveraine et lui faisaient cortège ». Ils avaient mal à la tête, se roulaient par terre, et leurs yeux rouges, leurs traits tendus les firent appeler par le peuple tantôt « Ramanenjona » (de benjana : tendu, raide), tantôt « Rame-

nabé » (mena : rouge, be : grandement). Peu à peu cette excitation dégénéra et ce fut une véritable pillerie des champs de cannes à sucre et des bananeraies. Après la mort de Radama II, l'épidémie cessa comme par enchantement. Elle reparut l'année suivante à la même époque. La reine Rasoherina publia alors un édit qui condamnait aux fers ceux qui seraient atteints de cette maladie. L'effet produit par cet édit fut prodigieux et la guérison parut générale. Peut-être les familles enfermèrent-elles ceux qui étaient réellement touchés. Huot assimile ces faits à la *fureur dansante des bords du Rhin*, au *Tarentisme* de l'antique Apulie, au *Tigretier* de l'Abyssinie, aux *convulsionnaires du cimetière Saint-Médard* (1727).

Andrianjafy, dont le père était médecin à Madagascar, a étudié l'épidémie des Ramanenjana dans sa thèse (1902), et fait tout découler d'accès de paludisme endémique dans la région. Pour Huot, il y aurait deux ordres de faits différents. D'abord, des poussées de psychonévrose collective, observées dans les classes de la population, à certaines époques troublées. Ensuite des cas isolés, sporadiques, pour lesquels des manifestations psychopathiques diverses (délire onirique à la suite de maladies infectieuses, psychose hystérique, état maniaque, bouffées délirantes chez des dégénérés) prennent une apparence superficielle de réaliser un tableau clinique comparable, du fait de l'atmosphère particulière, des chants, des exhortations de l'entourage imposant à des malades suggestibles, des attitudes et des gestes con-

sacrés par la tradition populaire. Et pour lui, il faut faire une large part au goût du Malgache pour le merveilleux, à sa crédulité, à son amour des cérémonies bruyantes et théâtrales. Il parle aussi de l'indolence de la race, formant quelquefois des *Sarimbavy*, hommes s'habillant en femmes mais pas spécialement homosexuels, simple « féminisation superficielle, le plus souvent imposée par l'éducation et subie sans résistance, parfois réalisée par une prédilection spontanée pour le comportement et le genre de vie féminine chez des individus à sens génital émoussé dont la différenciation sexuelle manque de netteté » (Rencurel).

Chez les Malais, on a enregistré aussi une tendance aux psychoses collectives, telles que le *Bingoum* : un individu recevant un choc émotionnel quelconque, ceux qui l'entourent, parfois toute une population, sont pris de terreur, entrent dans un véritable état d'affolement, sans même en connaître forcément la cause. Ce sont encore des épidémies de folie choréique, de folie religieuse signalées un peu partout. Et sous le nom de pithiatisme ou d'hystérie (sans vouloir discuter les multiples théories émises sur ces affections) on a décrit des états dans lequel la suggestion ou l'hypnose jouent un rôle : chez les dayaks chamanes ou sorciers de Bornéo (chez lesquels on a noté certaines perversions sexuelles), chez les Fakirs et les Djoguis de l'Inde, les marabouts du Maroc et les tribus arabes des Beni Haoussa en Algérie, chez les Souabelis à Zanzibar (Rist), illuminés, prophètes, fai-

seurs de miracles... ayant souvent utilisé leurs mystères ou leur influence pour fomenter des soulèvements entre les blancs (par exemple révolte des Taïgings).

Ces faits relèvent peut-être plus d'ailleurs de l'ethnologie que de la psychiatrie pure.

3^e Deux psychoses curieuses en Malaisie : *amok, latah.*

L'AMOK.

Nous ne résisterons pas au plaisir d'emprunter à Henri Fauconnier une page de son très beau livre *Malaisie*.

« Amok !

Amok, c'était le cri de guerre des vieux pirates malais, quand ils montaient à l'abordage, attaquant le long des côtes les galiotes barbares chargées d'épices. Maintenant il n'y a plus de pirates, mais ce cri soulève encore la panique. Au fond d'un Kampong isolé, dans la rue d'une grande ville, sur le pont d'un des paquebots blancs de la Straits Steamship, parfois une bagarre soudaine éclate. Il semble toujours que ce soit sans motif. Un homme qui était là, tranquille, mangeant son bol de riz ou même assoupi sur sa natte, se dresse tout à coup, bondit, poignarde un autre homme. Aussitôt le cri « Amok ! » et une fuite éperdue. Car on sait que l'amok, dès qu'il a vu le sang couler, n'épargnera personne, ni amis, ni

enfants, ni parents. On sait aussi qu'une force surnaturelle l'anime. Un démon, pense-t-on. Peut-être seulement le désespoir, le désir de la mort qui couvait au fond de son cœur. Mais plus fort que ce désir même est l'ivresse d'un combat sans merci, d'un défi à l'humanité entière.

« Seul contre tous, et c'est lui qui attaque.

« Et avant de mourir, il faut qu'il tue encore, que toutes ses dernières forces s'épuisent dans ce sport cruel, poignant, délicieux...

« Cette frénésie, qu'on appelle amok, ne serait-ce pas la revanche, l'évasion dans la révolte d'une âme trop sensible à la suggestion, humiliée de se savoir esclave, et qui à la fin, s'est contractée en elle-même, accumulant tant de forces qu'il suffit d'un prétexte futile pour que tout éclate? Cette frénésie n'est pas de la folie, c'est un délire lucide, qui sait utiliser toutes les ressources de la ruse... »

L'amok avait déjà été décrit par le navigateur Cook vers 1770. Il a intéressé observateurs et psychiatres, mais son étiologie reste encore obscure. Il existe surtout dans les îles de la Sonde, chez les Bagis des Célèbes, dans l'île de Bali, l'île de Madoura, la presqu'île de Malacca... La crise serait précédée d'une période courte de dépression mentale, malheureusement difficile à observer dans la plupart des cas. Puis brusquement l'individu atteint s'élance, armé du « Kris », et, tuant tout sur son passage, sème la terreur devant lui. Les indigènes fuient devant l'« orang-amok » (l'homme amok) et appellent cette sorte de

colère violente avec perte de contrôle *malagrap*, c'est-à-dire vue noire. Une amnésie totale ou subtotale fait suite à cet accès, qui peut se reproduire à courtes distances, mais n'est pas héréditaire. On ne le rencontrerait que très rarement chez les femmes ; il donnerait quelquefois naissance à des psychoses collectives d'après Galloway (1925).

Les théories sur l'étiologie de cette psychose sont encore contradictoires. En 1897 Gillmore Ellis rattachait l'amok à l'« *épilepsia larvata* », symptomatique d'une aliénation quelconque ou la précédant. C'est aussi la conception de Moreina au Brésil et du Professeur Kraepelin, qui, à Java, en 1903, rapporte la majorité des cas d'amok, surtout ceux poussés au maximum, à l'épilepsie.

Pour d'autres auteurs, notamment Swanning, c'est l'usage de l'opium qui en est l'origine, ce qui est nié par Vogler. Cependant on peut rapprocher de cette théorie, les observations de cas analogues faites à la Trinidad par Blandford chez des coolies importés, cas imputés à l'usage du « *bhang* », préparation à base de cannabis indica. Quand la culture et l'importation de cette drogue furent prohibées, le nombre des meurtres diminua considérablement.

La majorité des observateurs (Codet, Van Brero, Van Loon) pourtant, se rallient à une conception différente et rendant mieux compte peut-être des diverses modalités de l'affection. Pour eux, l'amok entre dans le cadre des réactions toxi-infectieuses. Il est l'équivalent d'un accès confusionnel aigu, avec

hallucinations terrifiantes, accès un peu comparable au *delirium tremens* d'un alcoolique. Le sujet atteint n'est pas agressif primitivement mais secondairement, quand il attaque et croit se défendre contre des ennemis imaginaires. Il est anxieux et non furieux, encore moins anidétique. Le plus souvent d'après la tradition locale, il voit le tigre, ennemi surnaturel et réel de toujours, et lutte contre lui ; ce qui est une présomption en faveur de ces visions hallucinatoires. Cette confusion est causée par de multiples facteurs communs dans les régions où sévit l'amok : syphilis, grippe, typhoïde, dysenterie et surtout paludisme. « Ceux qui ont fréquenté les régions où règne le paludisme connaissent ces crises de confusion subite avec leurs fréquentes réactions agressives » (Codet). Parfois aussi cette confusion serait à base de démence précoce ou psychogène (terreur...) déclenchant l'accès le plus souvent à l'occasion de l'une des affections précitées.

Comme dans le délire alcoolique encore, le sang-froid d'un médecin ou d'un infirmier en impose au malade et arrête la crise et ses conséquences. Mais tout cela se produit sur un terrain particulier : le fonds mental même de l'indigène, et là-dessus presque tout le monde est d'accord. Trois traits dominant la mentalité du Malais : hyperémotivité, hypersuggestibilité, cessation rapide des effets d'une pensée donnée (Van Loon). Une idée sortie de sa conscience perd rapidement toute influence. De là sans doute la rareté des mélancolies qui s'observent

surtout d'ailleurs chez des races de sang mêlé. Mais, parfois il y a des formes exacerbées de l'ennui, poussant le sujet à des réactions violentes. Il a subi de plus des influences diverses par l'apport de races multiples (Chinois, Tamiles), des religions diverses (animisme, hindouisme, islamisme). Très sensible aux influences extérieures, aux phénomènes de la nature, il a un sens marqué de la poésie qu'on retrouve dans de petits poèmes improvisés, les *pantouns*, pleins d'humour et de préciosité, mais remplis aussi d'équivoques, d'allusions ténues, parfois obscènes ou d'absurdités étudiées. A plusieurs points de vue on peut les comparer, à notre avis, aux *Haï-Kaï* japonais.

Le Malais nous l'avons vu est sujet aussi aux psychoses collectives telles que le « Bingoum » ; et, sa tendance naturelle à se soumettre à la pensée d'autrui, en fait une proie facile pour certaines propagandes à thèmes sociaux. Notons encore que Van Brero a pu étudier dans la circonscription de Sud-Célèbes un état mental exclusivement limité à cette région et très particulier. Ce sont des accès d'anxiété, durant parfois des heures, pendant lesquels le malade est convaincu que son pénis va se retirer dans sa cavité abdominale, ce qui aboutirait à la mort si le malade lui-même ou quelque autre personne ne maintenait solidement le membre viril (cité par Jeanselme et Rist).

L'amok est-il propre aux races malaises ? Pour Codet « les formes psychopathiques, avec des causes

analogues, sont souvent différentes chez des individus de races diverses... Il est bien probable que ces variétés d'expressions cliniques correspondent à des particularités de fonds mental. De façon générale, le syndrome observé est la réaction d'une mentalité et d'un tempérament déterminé à une cause pathogène ».

C'est aussi l'avis de Gillmore Ellis, de Rasch, de Van der Burg. Van Brero est opposé à cette théorie et pour lui l'amok peut se retrouver dans d'autres races, au moins à un certain degré. En effet, Blandford signale l'amok à la Trinidad chez des coolies, Moreina au Brésil chez les noirs et Bartels la retrouve chez beaucoup de peuplades de la Sibérie. Un attachement imprévu sur une région irritable du corps, un cri à l'improviste, un coup de sifflet, mettent ces gens hors d'eux et presque dans une sorte de rage. Chez les Samoïèdes et les Iakoutes la fureur va si loin que sans en avoir conscience, ils tuent à coups de hache ou de couteau le premier venu qui se trouve à leur portée.

Sans être donc absolument particulier aux Malais, l'amok trouve chez eux un terrain préparé par des maladies multiples et un fonds mental très spécial. Mais on conçoit qu'il pose souvent des problèmes médico-légaux très délicats à résoudre.

LE LATAH :

Les particularités de la mentalité malaise nous permettent de mieux comprendre une autre affection

fréquente dans cette race, le latah. Henri Fauconnier, à qui nous empruntons encore quelques lignes raconte : « Nous savions déjà qu'il était latah... Au cours de notre voyage sur le fleuve, nos bateliers s'étaient vite aperçus de l'extrême impressionnabilité de Smaïl et s'en amusaient. Il suffisait que l'un deux émit un cri inattendu, ou battît des mains tout à coup pour que Smaïl tombât dans une sorte d'hypnose, qui se traduisait par un mimétisme inconscient. Alors il répétait toutes les paroles, tous les gestes de celui qui avait ainsi pris possession de lui. Un jour, un de ces hommes avait crié : « Buaya ! » (crocodile) en lui tapant dans le dos et montrant la rivière, puis il avait fait mine de plonger, et Smaïl avait plongé, remon- tant furieux sur la barque pour replonger chaque fois qu'on en faisait le simulacre. Les rires avaient attiré Robain qui avait interdit qu'on se livrât jamais à ce jeu. Mais ce qu'il y avait de singulier, c'est que Smaïl ne perdit jamais son sang-froid dans un danger réel. Il lui fallait, semble-t-il, la notion qu'il entrait dans le domaine de l'absurde, pour que le contrôle de sa raison lui échappât, et il obéissait alors d'autant plus facilement que ce qu'on l'incitait à faire ou dire était plus déraisonnable, ou peut-être était-il simplement sans défense, dès qu'il devinait chez quelqu'un après le premier sursaut de surprise, la seule intention de le mystifier ».

Le latah (ou lattah) est une psychose dont les accès consistent en une série de paroles dites à regret, de gestes et d'actes involontaires exécutés sous l'empire

de l'émotion et le plus souvent de la frayeur. C'est une maladie héréditaire. La première crise éclate souvent à la puberté, à l'occasion d'un rêve ou d'une vive émotion. L'évolution est chronique et les accès se répètent durant toute la vie. Les hommes sont quelquefois atteints ; mais le plus grand nombre d'observations mentionnent des femmes âgées, des vieilles filles, des servantes au service des Blancs, ponctuelles et dociles, mentalités passives, dépourvues depuis très longtemps d'initiative et de réflexion, plus aptes que d'autres par conséquent, non seulement à la suggestibilité, mais aussi à l'imitation automatique. L'écholalie et l'échopraxie sont considérées en effet comme « la forme la plus rudimentaire de l'évocation psychomotrice automatique. L'échomatisme aurait donc la valeur d'une réaction motrice d'automatisme associatif conditionné par l'indigence imaginative et la faiblesse du développement intellectuel » (Ber). De plus à l'écholalie et à l'échokinésie s'ajoutent souvent, on pourrait dire toujours une excitation assez comparable aux bouffées d'excitation chez les débiles (de Séglas) à une propension marquée à la coprolalie. Dans les formes les plus poussées, un simple geste, la vue ou l'audition, d'un objet ou d'une parole, même sans aucun rapport avec l'émotion déclanchante première, suffisent à faire naître l'accès. L'exemple rapporté par O'Brien est caractéristique. Un cuisinier malais, à bord d'un steamer, berçait son enfant, lorsqu'un homme de l'équipage vint se camper devant lui et se mit à jouer à la balle avec une bûche de bois.

Cet indigène atteint de latah ne put se soustraire à l'impérieux besoin et à l'inéluctable nécessité d'imiter ce geste périlleux. A la fin le matelot laissa la bûche tomber sur le pont et l'infortuné père laissa choir son fils qui mourut sur le coup. Les exemples abondent, mais sont en général moins tragiques, souvent même comiques ; les individus atteints de latah étant un objet inépuisable de plaisanteries pour l'entourage.

Comment envisager cette psychose ? Gillmore Ellis (1897) la rapportait à l'hypnotisme, bien que l'amnésie et la perte de conscience y soient très exceptionnellement observées. Moreina, Marina, Van Brero, Desogus apparentent cette « myospasme impulsive imitatrice provoquée » à la maladie de Gilles de la Tourette (*maladie des tics*) et à l'hystérie. Van Loon (1929) qui a longuement étudié cette curieuse affection et publié sur elle de nombreux mémoires, ne se range pas aux opinions précédentes. Le latah, au moins au début, est un délire onirique, d'origine variée, mais en général à base érotique, surtout chez les jeunes femmes ; et il fait intervenir tout le mécanisme freudien (refoulements, rêves). Il y a en effet dans le latah tout un côté sexuel décrit maintes fois. Pour lui d'ailleurs, le latah est presque uniquement Malais et la mentalité très particulière de la race joue dans sa genèse un rôle primordial.

Pourtant nous retrouvons le latah signalé dans le Haut-Yemen (Van Loon : *Tropical diseases Bulletin*, Londres 1925), dans l'Inde anglaise, en Libye et en

tripolitaine (Sarnelli), aux Philippines, au Hoggar (Humann, 1934). Il change de nom suivant les pays. C'est le « jumping » des sauteurs nords américains ou du pays de Galles, le Bah-Tschi au Siam, le miryachit (ou mériatischenje) en Sibérie et en Laponie. Chez les Lapons, Högström a été frappé par le degré extrême d'excitabilité. Si un individu ouvre ou ferme la bouche, montre avec son doigt un objet quelconque, danse ou exécute tel autre mouvement, ces gestes sont imités par tous ceux qui les remarquent. L'on mentionne même des cas rapprochés du latah dans nos pays. Certains auteurs (Charcot, Guinon, Magnost) rangeaient les faits de cet ordre dans les manifestations hystériques et Pierre Janet fait une place, dans la description de l'état cataleptique, à l'imitation spéculaire ou en miroir et à l'écholalie.

Dans ces quelques notes bien incomplètes, nous avons laissé de côté nombre de problèmes, notamment toute la pathologie mentale comparée des divers peuples. Mais il nous semble qu'il est encore bien difficile de se faire une opinion et l'on a réclamé depuis longtemps des enquêtes et des statistiques faites par des psychiatres et si possible dans des centres spécialisés.

L'assistance psychiatrique aux colonies.

Pendant longtemps pour de nombreuses raisons faciles à comprendre, l'assistance psychiatrique coloniale a été peu développée, manquant d'asiles et de médecins spécialisés. Les malades restaient en liberté, ou s'ils devenaient trop dangereux étaient enfermés comme de véritables malfaiteurs. Les aliénés libres sont encore nombreux aux colonies. « C'est le doux délirant laotien que son collier à grelots signale aux populations, le fato du village soudanais entretenu par la communauté jusqu'à ce que ses extravagances entraînent sa disparition, le sommeilleux fugueur... » (Peyre). En 1911, Lwoff et Sérieux dans une enquête au Maroc, signalaient l'abondance des aliénés circulant librement, se livrant souvent à des réactions violentes et alors isolés dans les *Moristans*, sortes de prisons annexées aux Mosquées et vivant là une existence misérable, souvent enchaînés. Vers la fin du siècle dernier, Guy de Maupassant après un voyage en Tunisie, pouvait faire dans *La vie errante* une description, un peu dantesque, mais malheu-

reusement vraie des malades mentaux à l'hôpital de Tunis. On y remédia plus tard, mais le quartier des aliénés fut mal conçu. On n'avait même pas envisagé la séparation des sexes ; à tel point qu'un médecin anglais visitant l'établissement pouvait demander où était la maternité ! Heureusement, par miracle, rien ne se produisit (Bouquet 1907).

Certaines colonies passaient parfois des conventions avec les asiles de la Métropole (Aix pour les Arabes, Marseille pour le Sénégal...) mais les conditions d'embarquement, de transport aboutissaient toujours à des résultats déplorables.

Peu à peu cependant l'on s'occupa sérieusement de la question. L'élan fut donné en grande partie par Régis qui au Congrès de Tunis, en 1912, fit un exposé détaillé ; et rapports et projets se multiplièrent, sur tous les points touchant l'assistance psychiatrique coloniale (asiles, formation de spécialistes, assistance aux enfants indigènes anormaux, législation, hygiène mentale). De plus, la psychiatrie a fait d'énormes progrès. Par exemple, la retentissante malariathérapie de W. Von Jaureg en 1917, a fait comprendre qu'il y a une psychiatrie qui guérit. « La psychiatrie cesse d'être la neurologie qui ne guérit pas ». (Professeur Henri Claude). Et tout naturellement on a voulu en faire profiter les ressortissants de notre Empire d'Outre Mer.

Les *Colonies étrangères* avaient fourni un gros effort et nous avaient précédé dans l'organisation de leurs diverses possessions.

La *Belgique* notamment a créé depuis longtemps l'asile de Léopoldville, réservé aux indigènes, tous les blancs atteints de quelque trouble mental étant automatiquement rapatriés.

La *Hollande* a fondé de nombreux centres dans les Indes Néerlandaises : Lawong (2.500 places), Magelang (600) ; Buitenzorg (600) pour les indigènes, à 60 kilomètres de Batavia, asile que Régis qui s'était fait envoyer des renseignements par un de ses anciens élèves, sur place, le D^r J. Salm, considérait comme un modèle d'asile colonial.

L'*Angleterre* surtout a de multiples hôpitaux psychiatriques, répartis dans tout l'Empire Britannique : au Cap (5 asiles), en Birmanie, aux Indes (23 avec 1.000 lits)...

Nous voulons étudier rapidement l'organisation actuelle dans nos Colonies. à l'exception de l'Afrique du Nord.

Dans ce chapitre, nous résumons la question d'après un compte rendu très détaillé de Peyre (1933) basé sur les statistiques globales de 1931, et empruntons quelques détails à Huot, Casanove, Roussy, Martin (G.), etc...

I. — L'ORGANISATION PSYCHIATRIQUE DANS NOS COLONIES

1^o L'Afrique occidentale.

Les troubles mentaux, tant chez les Européens que chez les indigènes sont nombreux, mais il n'y a pas là encore de formations spéciales.

Au début les aliénés du Sénégal étaient gardés à l'hôpital de Saint-Louis, mais devant leur nombre croissant, il fallut envisager une autre solution. Le 31 mai 1897, le Conseil général du Sénégal passe une convention pour 9 ans avec l'asile Saint-Pierre de Marseille, convention renouvelée le 5 mai 1906. La Guinée française fait de même le 2 décembre 1905. Les résultats furent déplorables. Les malades étaient mal triés, partant souvent avec des diagnostics erronés, ne nécessitant pas un transport aussi loin. Le voyage était pénible et long. De plus, les malades arrivaient dans un milieu différent, perdus loin de leurs parents, de leur religion, dans un changement de toutes leurs habitudes et l'on compta un taux de mortalité effrayant (Borreil 1907). Cette convention, qui était d'ailleurs passée, non en vertu de la loi de 1838, mais en vertu de l'ordonnance organique du 7 septembre 1840 sur la sécurité et la tranquillité publiques, fut abandonnée en 1915 et l'on se contenta de garder les malades qu'on répartit dans différents hôpitaux de la Colonie. En 1931, on comptait :

a) *Ambulance du Cap Manuel :*

1° Mentaux européens de toutes catégories.....	34
2° Mentaux indigènes : fonctionnaires, militaires, détenus et condamnés ayant qualité de ci- toyens français.....	21
3° Mentaux indigènes : fonctionnaires, militaires, détenus et condamnés ayant qualité de sujets français.....	79

b) *Hôpital Central Indigène :*

Mentaux indigènes civils, citoyens et sujets fran- çais.....	72
	206

On envisage d'ailleurs depuis longtemps en Afrique Occidentale la création d'hôpitaux psychiatriques, en commençant par le Sénégal.

2° Territoires sous mandat.

a) CAMEROUN.

Les malades mentaux ne semblent pas en grande quantité. Il n'y a pas de formation spécialisée.

b) TOGO.

On trouve dans le Togo depuis 1931, un petit hôpital psychiatrique d'une quinzaine de places à Zébé (cercle d'Anécho).

3° Afrique Equatoriale.

Elle ne possède encore ni hôpital spécialisé ni spécialiste. Mais les malades sont soignés dans les

hôpitaux à Lambaréné, Port-Gentil, Brazzaville. Ils y sont d'ailleurs à leur place, relevant surtout de la maladie du sommeil.

De plus, l'Afrique Equatoriale est une des colonies où la lutte contre la trypanosomiase a été la plus intense et les crédits ont été absorbés par elle.

4^o Afrique Occidentale.

a) CÔTE FRANÇAISE DES SOMALIS.

On n'a aucun renseignement précis sur la quantité et la variété des maladies mentales.

L'alcoolisme y serait rare, mais remplacé par l'absorption des feuilles enivrantes d'une plante indigène le « cat », amenant une déchéance intellectuelle.

b) LA RÉUNION.

L'asile de Saint-Paul (sans spécialiste à la tête) fondé en 1852 et régi par une loi inspirée de celle de 1838 et adaptée aux usages locaux, comprenait en 1931 ; 132 malades ainsi répartis :

	Hommes	Femmes
	—	—
Race blanche.....	10	8
— métisse	40	57
— africaine	8	7
— asiatique.....	2	

On remarquera la très forte proportion des métis atteints. C'est un fait bien connu d'ailleurs que la

fréquence des troubles mentaux chez les sujets de sang mêlé.

c) MADAGASCAR.

Le Malgache est très sensible à l'aliénation.

La grande île de l'Océan Indien possède un asile bien organisé. C'est l'*Asile d'Anjanamasina* ouvert en 1912. Il est situé à 18 km. de Tananarive et conçu sur le mode de la colonie agricole, principe excellent. Huot (1933) en deux ans y a vu passer 234 malades indigènes et y a fait d'intéressantes recherches sur les troubles mentaux des habitants.

5^e Colonies d'Asie.

A. ETABLISSEMENTS FRANÇAIS DE L'INDE.

Il n'y a rien de particulier à signaler. La proximité de Madras et de Calcutta facilite le traitement des malades. On a noté cependant à l'hôpital de Pondichéry, la fréquence de l'alcoolisme et de la syphilis (Aubin). Les démences séniles sont nombreuses et surviennent à un âge relativement peu avancé.

B. UNION INDOCHINOISE.

On a fait de très importants efforts très appréciés des indigènes, qui envoient volontiers leurs malades pour les faire traiter.

Leur mentalité très évoluée et compliquée, la vie fiévreuse qu'ils mènent aussi bien la nuit que le jour,

les maladies infectieuses, les intoxications (alcool, opium), sont autant de facteurs facilitant l'éclosion des troubles mentaux auxquels ils paient un lourd tribut. Etudions rapidement à ce point de vue les diverses provinces de l'Union.

a) *Laos.*

Le Laos n'a pas de formation psychiatrique spécialisée. En 1911 on comptait 2 européens et 54 indigènes. L'opium est relativement peu répandu, mais le Laos pauvre achète de la drogue de mauvaise qualité et d'autant plus dangereuse. Les sujets atteints de troubles mentaux mais calmes, et ce sont les plus nombreux, sont gardés chez eux et il y a toute une *assistance familiale*. Les agités sont dirigés sur l'asile de Bien-Hoa. On envisageait la formation d'un quartier spécial pour eux à l'hôpital de Vientiane.

b) *Annam.*

Les études faites sur l'Annam montrent l'augmentation de la syphilis nerveuse, alors que l'alcoolisme et l'opium existent dans une proportion restreinte.

En 1931, on signalait comme mentaux, 3 Européens et 238 indigènes.

Les agités des provinces lointaines étaient dirigés sur Bien-Hoa. L'ouverture de l'asile de Voi au Tonkin facilitera et l'assistance et le traitement.

c) *Cambodge.*

On comptait aux dernières statistiques 87 malades mentaux tant Européens qu'indigènes soignés à l'hôpital de Pnom-Penh, une bonne centaine en liberté et 60 à Bien-Hoa, le Cambodge n'ayant pas de formation psychiatrique spéciale. Cependant comme les Cambodgiens présentent des différences ethniques marquées avec les autres peuples de l'Union, il y aurait intérêt à les soigner chez eux. On envisage la création d'un asile de 200 malades basé sur le mode de colonie agricole.

d) *Tonkin.*

Les aliénés étaient traités à Hanoï à l'hôpital de Lanessan.

Il faut signaler le lourd tribut payé par le contingent européen des soldats de métier. En 1931, on notait 74 malades (25 légionnaires et 49 soldats coloniaux).

On a ouvert en 1934, *l'asile de Voï*, mais situé à 60 km. de Hanoï, il serait d'exploitation peu pratique.

e) *Cochinchine.*

Lorsqu'on parle d'Assistance psychiatrique coloniale, un nom vient immédiatement à l'esprit : Bien-Hoa. C'est qu'en effet, la Cochinchine possède notre plus belle organisation spécialisée, à peu près la seule pendant longtemps. Ouvert en 1919, *l'asile de Bien-*

Hod est situé sur un arroyo, le Suoi à 33 km. de Saïgon. Il contient plus de 600 places, déjà insuffisantes. Bien conçu, possédant des terrains très étendus, il a été organisé sur le mode de formation agricole. C'est toujours là, un principe excellent permettant un traitement manuel réussissant parfaitement bien chez l'indigène, et permettant à l'asile de se suffire à lui-même. Un personnel indigène nombreux, bien éduqué, est attaché à l'asile, qui a toujours eu aussi un médecin spécialisé du Corps de Santé Colonial : trois en 14 ans, ce qui n'a pas été sans donner des résultats merveilleux. Le principe de la continuité est toujours excellent ! et les observations et les statistiques de Bien-Hoa ont une valeur qu'on ne retrouve pas dans la majorité des autres colonies.

Enfin il a l'organisation logique « à deux degrés ». Les malades sont d'abord placés à l'hôpital indigène de *Cho quan* (à Cholon) puis, suivant leur état, soit traités et rendus à leur famille, soit dirigés sur Bien-Hoa.

6° Colonies d'Océanie.

L'organisation spécialisée manque totalement. La *Nouvelle-Calédonie* a en principe passé une convention avec l'asile de Quimper (pour les hommes) et de Morlaix (pour les femmes). En réalité, les malades mentaux sont placés dans des cellules à l'hôpital de Nouméa puis rapatriés, si ce sont par exemple des fonctionnaires. Les autres sont envoyés à l'hospice

mixte de Nouville (dans l'île de Nou) où un médecin les visite deux fois par semaine.

7° Colonies d'Amérique.

a) ILES SAINT-PIERRE ET MIQUELON.

Les rares psychopathes sont « transférés » sur les asiles de Quimper ou de Morlaix.

b) MARTINIQUE.

Il existait un asile fondé en 1839, à Saint-Pierre, mais détruit avec la ville par l'éruption de la Montagne Pelée, en 1902, il ne fut pas remplacé. On doit créer cependant l'asile de Saint-Jacques, à proximité de Fort-de-France.

A la prison civile (!) est annexé un pavillon de 60 lits, recevant les malades avant leur internement à l'asile de Saint-Claude à la Guadeloupe, dont la Martinique est tributaire jusqu'à maintenant à ce point de vue (165 aliénés en 1931).

L'alcoolisme est très répandu. « Si l'on veut bien admettre que sur les 235.000 habitants, les adultes sont au nombre de 120.000 environ, on sera peut-être surpris d'apprendre qu'en 1931, ils ont bu 6.300.000 litres de rhum à 55°, soit environ 50 litres par an et par adulte » (Peyre).

c) GUADELOUPE.

Seule des Antilles françaises, la Guadeloupe possède l'Asile de Camp-Jacob sur la commune de Saint-

Claude. Il a 250 malades et en 1931 ne possédait pas de médecin spécialiste.

d) GUYANE.

Les malades mentaux de la population libre sont placés à l'hôpital-hospice du Camp Saint-Denis à Cayenne.

La présence du bagne compliquait la question, mais c'est un problème que l'on n'a plus à envisager à l'heure actuelle. Les mentaux étaient d'ailleurs excessivement rares.

II. — L'ORGANISATION ENVISAGÉE

L'ensemble des suggestions ou des rapports faits sur place permet de faire quelques brèves remarques.

1^o Le nombre des *hôpitaux psychiatriques* et des *psychiâtres* (7 en 1931) est nettement insuffisant. Mais ces questions seront résolues peu à peu.

Les asiles doivent être organisés sur le mode agricole, qui est, de l'avis de tous, la meilleure solution aux colonies et adaptés à chaque pays (organisation, bâtiments...);

2^o L'assistance elle-même doit être envisagée différemment pour les Européens et les indigènes.

a) EUROPÉENS :

Les *malades aigus*, les délirants des états infectieux doivent être traités dans des chambres d'isolement ou des pavillons annexés aux hôpitaux.

Les *chroniques*, les mentaux proprement dits seront rapatriés ; le passage sur bateau étant considéré comme un véritable « transfert ».

b) LES INDIGÈNES :

L'organisation à deux degrés est logique.

Les *états aigus* sont traités dans les quartiers spéciaux des hôpitaux.

Les *chroniques* sont internés dans les différents hôpitaux psychiatriques.

Dans certaines régions on peut admettre, sans surveillance médicale, une *assistance familiale*.

Mais les indigènes doivent être traités sur place, en respectant coutumes, genre de vie, nourriture habituelle. Lorsqu'on n'a pas observé ces principes (indigènes dirigés sur des centres de la Métropole) les résultats ont été défavorables.

3^o *La législation*. — Plusieurs solutions se présentaient : appliquer intégralement la loi de 1838 ; créer des lois pour chaque colonie...

On s'accorde à utiliser la loi de 1838 admirablement faite ; mais en l'adaptant aux coutumes de chaque pays sur la législation ;

4^o Enfin, la Ligue d'Hygiène mentale, fondée à Paris en 1920 par le D^r Toulouse, a créé en 1924, une 11^e section *Commission d'Hygiène mentale coloniale* pour s'occuper des multiples problèmes neuro-psychiatriques aux colonies. L'hygiène mentale est devenue l'un des chapitres de l'hygiène générale et on peut

lui appliquer ce que dit le Professeur Tanon de cette dernière : « C'est une science d'application qui utilise les acquisitions de toutes les sciences. » Le domaine de l'hygiène mentale est immense aux Colonies. Mais même dans la Métropole il y a toute une prophylaxie à envisager de plus en plus. On réclame des examens mentaux chaque fois qu'il est possible (fonctionnaires divers, militaires). Si l'on peut accepter aux colonies des petits mentaux, certains déséquilibrés qui s'y adapteront peut-être mieux que dans la Métropole, ce sont là des cas d'espèce. Mais dans l'ensemble on doit éliminer au départ tous les tarés mentaux qui sont, comme disait le Professeur Régis, « plus dangereux que les tarés physiques ».

Conclusions.

1° Il n'y a pas de maladies mentales nouvelles à observer dans les pays chauds ;

2° La paralysie générale existe chez l'indigène et d'autant plus, qu'on la recherchera plus méthodiquement ;

3° L'Européen n'est pas plus sensible aux maladies mentales aux colonies, qu'ailleurs. Mais les prédisposés y trouvent des facteurs multiples ;

4° L'indigène a une mentalité différente de la nôtre. Attribuant une origine divine à l'aliénation, ses réactions délirantes s'en ressentent et sont à base de possession, de démonomanie... ;

Cependant au contact des blancs, il glisse souvent vers les modalités de réactions délirantes de ces derniers ;

5° Les psychoses collectives, qui demandent des conditions très particulières pour leur apparition, se font de plus en plus rares ;

6° Une organisation plus poussée, au point de vue

hôpitaux psychiatriques et spécialistes, est nécessaire dans nos colonies ;

7° Les Européens en état aigu sont traités sur place, les mentaux proprement dits rapatriés. Les indigènes en état aigu sont soignés dans les quartiers spéciaux des hôpitaux ; les chroniques, internés dans les divers hôpitaux psychiatriques, basés de plus en plus sur le mode de colonie agricole ;

8° La législation utilise la loi de 1838, adaptée aux différents pays ;

9° Toute une prophylaxie mentale est à envisager et d'abord au départ pour la colonie, chaque fois qu'il est possible : « les tarés mentaux sont plus dangereux que les tarés physiques » (Régis).

Vu : le Président de la thèse,
M. TANON

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBATUCCI. — Le milieu africain considéré au point de vue de ses effets sur le système nerveux de l'Européen (*Annales d'hygiène et de médecine coloniale*, 1910, n° 2, p. 328).
- AHMED CHÉRIF. — Etude psychologique sur l'Islam (*Annales médico-psychologiques*, 1909, 9, p. 353).
- ALVERNE. — De la fréquence comparée dans nos Colonies et en France des maladies non spéciales aux pays chauds (*Presse médicale*, 2 mai 1906).
- ANDRIANJAFY. — Le Ramanenjana à Madagascar (Thèse de Montpellier, 1902).
- ASSAD HAKIM. — Quelques manifestations d'ordre neuro-psychiatrique observées au cours de la dysenterie amibienne (*Revue de médecine et d'hygiène coloniale*, 1930, p. 296).
- AUBIN. — Conceptions nosologiques actuelles en psychiatrie (*Annales de méd. et pharm. colon.*, 1935, p. 24).
- De quelques aspects des psychoses de l'Inde (*Ann. de méd. et pharm. colon.*, 1933, p. 497).
- AUGAGNEUR et NGUYEN-VAN-HOÀI. — Un cas d'othématome chez un P. G. indigène en Cochinchine (*Ann. de méd. et pharm. colon.*, 1931, p. 571).
- AUSTREGELISO. — Des troubles nerveux dans quelques maladies tropicales (*Revue Neurologique*, janvier 1927, n° 1, p. 1).

- BALCOCK (W.). — Fréquence de la pellagre et de folie pellagreuse (*American Journal of Insonity*, janvier 1911).
- BASTIDE. — Projet de réorganisation de l'Assistance publique en Tunisie. In-4°, Picard, Tunis. 1905.
- BATTAREL. — Quelques remarques sur la P. G. chez les indigènes musulmans algériens (Thèse de Montpellier, 1902-1903, n° 20).
- BERT (J.-M.). — Remarques sur une observation de troubles psychiques avec échomatisme chez un noir (*Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen* ; séance du 22 février 1935, t. 16, p. 238).
- BLANCHARD. — Le neurotropisme des maladies infectieuses tropicales (*Les grandes endémies tropicales*, Vigot, Paris, édit., 1937, p. 22).
- BODROS. — Etat mental des lépreux (*Gazette des Hôpitaux*, 5 octobre 1912).
- BOIGERY. — Etude psychologique sur l'Islam (*Annales médico-psycholog.*, 1908, 8, p. 5).
- BONNAUD. — Essai sur les affections mentales chez les indigènes des troupes coloniales en France (*Ann. méd. et pharm. colon.*, 1932, p. 708).
- BORREIL (Paul). — Considérations sur l'internement des aliénés sénégalais en France (Thèse de Montpellier, 1907-1908, n° 25).
- BOULNAIS et CHANGARIN. — Deux cas d'accès déliro-confusionnels chez deux Hindous blessés récemment (*Revue de Médecine et d'Hygiène coloniale*, 1933, p. 183).
- BOUQUET (Henry). — Aliénés en Tunisie (Thèse de Lyon, 1908-1909, n° 29).

- BOVEN (W.). — Sorciers d'autrefois, possédés d'aujourd'hui (*Annales méd. psycholog.*, 1930, 1, p. 41).
- BRANCHE (A.). — Superstitions et pratiques de médecine indigènes au Kanem (Tchadd) (*Annales méd. et pharm. colon.*, 1936, p. 387).
- BUSSEL (Itzko). — Etat mental des toxicomanes (Thèse Paris, 1936, n° 371).
- CARDAMATIS J.-P.). — Troubles psychiques dans le paludisme (*Progrès médical*, 1901, n° 39).
- CASANOVE (Fr.). — Note sur l'assistance des aliénés indigènes au Sénégal et en A. O. F. (*Bulletins de la Société de Pathologie exotique*, 1928, t. 21, p. 335).
- Note sur l'assistance des aliénés européens en A. O. F. (*Bulletins de la Soc. de Path. exotique*, 1928, t. 21, p. 411).
 - Les aliénés à Dakar en 1931 (*Bull. de la Soc. de Path. exotique*, 1932, t. 25, p. 797).
 - Memento de psychiatrie coloniale africaine.
 - Les conceptions magico-religieuses des indigènes de l'A. O. F. (*Grandes endémies tropicales*, 1933, p. 38).
 - Enfants indigènes et état mental (Compte rendu du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, 1924).
- CASANOVE (F.). — Asiles d'aliénés aux Colonies (*Annal. Méd. et Pharm. colon.*, 1930, p. 379).
- CASANOVE (F.) et BACQUE. — Deux cas de P. C. chez l'indigène (*Revue Méd. et Hyg. coloniale*, 1932, p. 57).
- Nouveaux cas de P. C. indigène en A. O. F. (*Revue Méd. et Hyg. colon.*, 1933, p. 86).
- CASTRONNOVO. — Irritabilité, psychose et névropathie tropicale (*La Riforma Medica*, 3 août 1935).

- CLAVEL. — Assistance médicale indigène en Indochine.
In-8°, Chabbane!, Paris, 1908.
- CODET. — Psychonévroses exotiques. L'amok et le lat-
tah des Malais (*Le Progrès Médical*, 12 février
1927).
- CONOS. — Trois cas de cannabisme avec psychose consé-
cutive (*Bulletins de la Soc. de path. exotique*
1925, t. 18, p. 778).
- CORRE. — Traité clinique des pays chauds.
- COSTEDOAT. — Troubles mentaux des militaires indi-
gènes mulsulmans dans l'Afrique du Nord
(*Archives de Médecine et de Pharmacie mili-
taires*, 2 avril 1934).
- COUDRAY. — Dix-huit mois de pratique médicale en
France en milieu sénégalais (*Archives de Méd.
et Pharm. militaires*, n° 1, janvier 1933).
- CULFIN (U.). — Examination of tropical neurasthenia
(*Proc. Roy. Méd.*, 26 may 1933).
- CUREAU. — Des influences psychiques dans l'étiologie
des états morbides dans les Sociétés primitives
de l'A. E. F. (Thèse de Bordeaux, 1888, n° 25).
- DAMAYE (H.). — Psychiatrie et civilisation. Paris, Alcan,
1934.
- DAUTTÉ. — Magie et religion dans l'Afrique du Nord.
In-8°, Jourdan, Alger, 1909.
- DAY (H. B.) and others. — Discussion on neurones in
Tropics (*Proc. Roy. Soc. Med. Sect. Trop. ; Disc.
Psychiat. Neurol. and Balneol.*, 21 july 1928).
- DESOGUS (V.). — Sulla malastia di Gilles de la Tourette
(*Riforma Medica Napoli*, 1916, XXXII, p. 809).
- DODIEAU. — Paralysie générale chez les arabes (*Le Cadu-
cée*, 20 avril 1907).
- DOROLLE (P.). — Fréquence de P. G. chez l'indigène de

- Cochinchine (*Revue de Méd. et Hyg. tropicale*, 1936, p. 114).
- A propos de P. G. et des psychoses syphilitiques en Cochinchine (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, n° 6, juin-juillet 1934).
- Syphilis nerveuse, tabès et paralysie générale chez l'indigène de Cochinchine. (*Revue Coloniale de Médecine et de Chirurgie*, n° 80, 15 février 1936).
- DUNCAN-GREENLER. — Les maladies mentales chez les naturels de l'Afrique du Sud (*The Journal of Mental Science*, 1895).
- DUPOUY (Roger). — Les opiomanes, mangeurs et fumeurs d'opium (Préface du Professeur Régis). Félix Alcan, Paris, 1912.
- FINZI (Jacopo). — La folie pellagreuse (*Giornale di psichiatria clinica et tecnia manicomiale*, 1902, I).
- FRANCO DA ROCHA. — Contribution à l'étude de la folie dans la race noire (*Annales médico-psycholog.*, 1911, 14, p. 373).
- FREUD (Sigm.). — Totem et tabou (Interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs). Traduit de l'allemand par le Docteur S. Jankelevitch. Payot, édit., Paris, 1924.
- FRIBOURG-BLANC et LASSALE. — Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante (*Annal. médico-psycholog.*, 1935, 1, p. 1).
- GAC (P. Le). — L'excitation amarile (*Bullet. de la Soc. de Patho. exotique*, 1929, t. 22, p. 743).
- GAUDUCHEAU (A.). — Syphilis exotique et tabès (*Bullet. de Soc. de Path. exotique*, 1932, t. 25, p. 680).
- GÉRENTE. — Assistance des aliénés en Algérie. Alger, 1893.

GILMORE (Ellis.). — Sur l'amok (*Journal of Mental Science*, juillet 1893).

— Le latah (*Journal of Mental Science*, janvier 1897).

GOLTZINGER. — Les maladies mentales en Abyssinie (*Revue Russe de Psychiatrie*, 1897, n° 33 ; analyse in *Revue Neurologique*, 1898, n° 3, p. 83).

GORDON (H.-L.). — Neuroses in the tropics (*Journal Neurol. and Psychopath.*, July 1928).

GOUZIEN (P.). — Assistance psychiatrique et hygiène mentale aux colonies (*Annales de Méd. et Pharm. colon.*, 1927, p. 289).

HIKARG. — Hallucinations liliputiennes et paludisme (*Ann. méd. psycholog.*, 1922, 2, p. 167).

HUMANN. — Troubles mentaux des Indigènes du Sahara algérien (*Presse médicale*, n° 53, 4 juillet 1934).

HUOT (V.). — Aliénation mentale à Madagascar (*Annales de Méd. et Pharm. colon.*, 1936, p. 5).

— Note au sujet des peintures et dessins d'un schizophrène malgache (*Ann. médico-psychol.*, 1936, 1, p. 172).

— « Barnavaux » d'hier et d'aujourd'hui (*Annales de Méd. et de Pharm. colon.*, 1935, p. 976).

JARLAND. — L'opium au Yunnan et ses conséquences sociales (*Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, 1925, p. 54).

JAURÉGUIBERRY. — Les Blancs aux pays chauds. Déchéance physique et morale. Maloine et Fils, Paris, 1924.

JEANSELME. — Conditions des aliénés dans les colonies françaises, anglaises et néerlandaises d'Extrême-Orient (*Presse Médicale*, 9 août 1905).

JEANSELME et RIST. — Précis de pathologie exotique

- (*Psychoses et névroses*, p. 713, Masson, Paris, 1909).
- JUDE. — Dégénérés dans les bataillons d'Afrique. Vannes, Le Beau, édit. 1907.
- KOTSOVSKY. — La pellagre (*Journal neuropatologuui i psichiatrii*, Masson, 1909).
- LASNET. — Fréquence et formes des troubles neuropsychiatriques dans les divers contingents européens et indigènes de l'armée du Rhin (*Annales d'Hygiène et Médec. colon.*, 1922, p. 282).
- LASNET, MARTIN, ROUSSY. — Psychoses coloniales et paludisme (*Revue de Médec. et d'Hyg. tropicale*, 1922, p. 196).
- LEBLANC. — Considérations médicales sur l'anthropophagie. Lac, édit., Paris 1928.
- LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique, 1929, II, p. 843.
- LEMANSKI. — Rareté de la folie chez la femme arabe (*Hygiène pratique*, Tunis, 1901, n^{os} 70 et 73).
- LÉVY-VALENSI (J.). — Mentalité primitive et psychopathologie (*Annales médico-psycholog.*, 1934, 1, p. 676).
- LWOFF et SÉRIEUX. — Aliénés au Maroc. Moristans et Prisons (*Ann. méd. psychol.*, 1911, 14, p. 446).
- MAGNAN. — Le délire chronique, p. 100.
- MARCHAND (Albert). — Considérations sur l'épilepsie chez les Bakongos (*Revue de Médec. et d'Hyg. tropic.*, mai-juin 1937, p. 165).
- MARGAIN. — La situation des aliénés dans les colonies françaises. Rapport au Congrès colonial de 1905 (*Assistance familiale*, juillet-août 1905).
- MARIE (Aug.). — L'aliénation mentale dans ces trente dernières années (*Revue de Médec. et d'Hyg. tropic.*, 1924, p. 28).

- - De la question des aliénés coloniaux (*Bulletin de la Soc. mentale de Belgique*, décembre 1905, p. 754).
- Les arabes et la paralysie générale (*Le Caducée*, 2 février 1907).
- L'assistance des aliénés au Japon (*Revue philanthropique*, n° 128, 15 décembre 1907, p. 143-149).
- Note sur les asiles d'aliénés en Asie Mineure (*France médicale*, 25 janvier 1908).
- Régime des aliénés en pays turc (*Revue philanthropique*, n° 131, 15 mars 1908, p. 600-604)
- MARIE (Aug.) et LEPELLETIER. — La question des aliénés coloniaux (*Médecine moderne*, 1906, p. 205).
- MARMION. — Evolution contemporaine de la psychiatrie (Thèse Paris, 1908, n° 340).
- MARTIN (Gustave). — La mentalité primitive indigène devant nos méthodes de prophylaxie et de thérapeutique modernes (*Grandes Endémies tropicales*, Vigot, édit., Paris, 1934, p. 94).
- La psychologie du fumeur d'opium (*Grandes Endémies tropicales*, 1932, p. 53).
- Influence du climat tropical sur le psychisme de l'Européen (*Grandes Endémies tropicales*, 1931, p. 101).
- Sur les troubles psychiques de quelques affections tropicales ; aperçus de l'assistance psychiatrique aux colonies (*Revue coloniale de Médec. et Chirurgie*, 15 juin 1935, n° 72).
- MARTIN (Gust.) et RINGENBACH. — Troubles psychiques dans la maladie du sommeil (*Bullet. de Soc. de Patho. exotique*, 1910, p. 486, t. 3, et t. 2, p. 99 et 49).
- *L'encéphale*, 1910, 1, p. 625.

- MARTIN (Louis). — Sur les symptômes nerveux au début de la maladie du sommeil (*Bullet. de Soc. de Patho. exotique*, 1909, 1, p. 15).
- MARTIN (Louis) et DARRÉ. — Trypanosomiase chez les Blancs (*Bullet. de la Soc. de Path. exotique*, 1909, 7, p. 711).
- Remarques sur l'évolution et le pronostic de la trypanosomiase chez les Blancs (*Bullet. de Soc. de Path. exotique*, 1909, 3, p. 389).
- Formes cérébrales de la maladie du sommeil (*Soc. médic. des Hôpit. de Paris*, 26 mars 1909).
- MAUCHAMP. — Sorcellerie au Maroc. Dorbon Aîné, édit., Paris, 1911.
- MAUPASSANT (Guy de). — La vie errante. Paris, Ollendorff, 1903.
- MEILHON. — L'aliénation mentale chez les Arabes (*Annales médico-psychol.*, 1896, 4, p. 204, 344).
- MONTÉL (L.-R.). — Influence du climat tropical de la Cochinchine sur l'organisme humain (*Grandes Endémies tropicales*, 1932, p. 73).
- MOREIRA et PEIXOTO. — Maladies mentales dans les climats tropicaux (*Annales médico-psychol.*, 1907, 6, p. 58).
- MUROZ. — Les superstitions locales, les coutumes et les pratiques de la médecine indigène dans la race Sara (*Annales de Médec. et de Pharm. colon.*, 1926, p. 5).
- NINA RODRIGUES. — Epidémie de folie religieuse au Brésil (*Annal. médico-psychol.*, mai-juin 1898, 7, p. 371).
- La paranoïa chez les nègres (*Archives d'anthropologie criminelle*, n° 128, 1907).
- NASS (Lucien). — Les névrosés de l'histoire (*Névrose co-*

- loniale*, p. 303. Librairie universelle, Paris, 1908).
- O'BRIEN. — Le latak (Extrait de : *Journal of the Straits Branch of the Royal Asiatic Society*, Singapore, 1883).
- OVERLECK WRIGHT. — La folie aux Indes. Baillere Tindall and Co, Londres, 1921.
- PARROT (L.). — Du délire et des réactions psychomotrices dans la fièvre récurrente algérienne (*Bulletin de Soc. de Path. exotique*, 1917, 10, p. 692).
- PELTIER. — Hygiène générale de l'Européen aux colonies (*Grandes Endémies tropicales*, 1929, p. 1).
- PERRUSSEL. — Deux psychoses d'intoxication fréquentes en Tunisie (*Revue tunisienne des sciences médicales*, mai 1928, p. 157).
- PEYRE (E.-L.). — Les maladies mentales aux colonies (*Hygiène mentale*, n° 8), octobre 1934).
- Le suicide et ses aspects dans les troupes coloniales (*Annales de Médec. et Pharm. colon.*, 1936, p. 939).
 - Les problèmes de l'assistance mentale aux colonies (*Annales de Médec. et Pharm. colon.*, 1933, p. 445).
- PILCZ. — Psychoses chez les Juifs (*Annales médico-psychol.*, 1902, 15, p. 5).
- Contribution à la psychiatrie comparée des races (*Journal de psychologie normale et pathologique*, mai 1907, p. 161).
- RÉGIS. — Conditions des aliénés dans les Indes néerlandaises (Paris, Delarue, 1906. Extrait du *Journal de Médec. légale*).
- Psychonévroses et névroses du paludisme (*Bulletin Médical*, 8 juillet 1905).
 - Précis de psychiatrie.

- REY. — Les troubles psychiques dans l'intoxication palustre (Communication au Congrès français des médecins aliénistes et neurolog., 8^e div., 1897).
- RIBIER (de). — Les aliénés aux colonies. Leur rapatriement (*Le Caducée*, 15 avril 1905).
- ROGER (Henri). — Introduction à l'étude de la neurologie coloniale (*Le Sud médical et chirurgical*, 15 avril 1935).
- ROGUES DE FURSAC (J.). — Traité de psychiatrie. Alcan. 1909.
- ROUBY. — Les aliénés en liberté (*Bulletin médical de l'Algérie*, 15 novembre 1908).
- ROUSSEAU. — Services sanitaires dans les différentes colonies en 1927 (*Annales de Méd. et Pharm. colon.*, 1929, p. 505).
- ROUHIER. — Le peyotl. Doin, édit., Paris, 1927.
- SALVATICO (Estense). — L'aliénation mentale dans les races de couleur et en dehors de l'Europe (*Ricerca e studi di Psichiatria, Neurologica, anthropologia e Filosofia*, 1906).
- SARNELLI (T.). — La malattia del latha in Tripolitania (*Gior. di med. mil. Roma*, 1924, LXXII, p. 104).
- SAUZAY (Dan.). — L'assistance aux psychopathes en Algérie (Thèse d'Alger, 1925).
- SHUNCK DE GOLDFIEM (J.). — Examen sélectif de 200 candidatures coloniales (*Revue de Méd. et d'Hyg. tropic.*, 1935, p. 176).
- STANNUS (H.-S.). — Tropical neurasthia (*Tr. Roy. Soc. trop. Med. and Hyg.*, janvier 1927).
- T'HABAUD. — Note sur l'hystérie dans le Proche-Orient (*Bulletin de l'Ac. de Médecine*, 7 février 1933).
- TAMBURINI. — Sur les rapports entre la civilisation et les maladies mentales (Congrès international de l'assistance aux aliénés, Berlin, 1910).

- TRIAANTAPHYLLIDES. — Neurasthénie palustre (*Archives de Neurologie*, 4 août 1896).
- VAN BRERO. — Sur l'amok (*Annales médico-psychol.*, 1896, 4, p. 364).
- Sur le latah (*Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsh. Indic. Deel.*, XXXIV, afl. 5).
- VAN LOON. — Nervous diseases of white men in the tropics (*Nederl. Tijdsch. v. geneesk.*, 1, 1874-1912, 9 april 1927).
- Psychoses des races malaises (Conférence à l'Institut international d'Anthropologie, 16 janvier 1927).
- Tropical neurasthenia and sprue (Congrès international de Médecine tropicale et d'Hygiène. C. R., 2, 443-453, 1929).
- Lattah a psychoneurosis of Malay races (*Psychiat. and Neurol. Bl. amist.*, III, 1924 ; VI, p. 155).
- VASSALLO (S.-M.). — Tropical neurasthenia its possible relations hip. to hyperthyroidism (*Tr. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 625-627, May 1934).
- VOIZARD (Fr.). — Paludisme autochtone et somnambulique (*Bulletin de Soc. de Path. exotique*, 1926, 19, p. 675).
- WALH. — Délires archaïques (*Annales médico-psychol.*, 1933, p. 294).
- WARNOCK (John). — Folie par le Haschish (*Journal of Mental Science*, janvier 1903).
- Report of the Egyptian government hospital for the insane for 1906 (Cairo : National Printing Department, 1907).
- Quelques cas de folie pellagreuse (*The Journal of Mental Science*, janvier 1902).
-

2768. — Impr. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-38.
